CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXIXe SESSION
PARIS, 28 MAI-1er JUIN 1925

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

Le Docteur J.-M. DUPAIN

Secrétaire Général de la XXIXe Session du Congrès

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1925

25 JANVIER 1927

PRIX SANS MAJORATION

50 FR.

MASSON & Cie

CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXIXe SESSION

PARIS, 28 MAI - 1er JUIN 1925

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

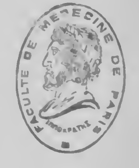
XXIXe SESSION
PARIS, 28 MAI-1er JUIN 1925

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

Le Docteur J.-M. DUPAIN

Secrétaire Général de la XXIXe Session du Congrès



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1925

PRÉLIMINAIRES

PRÉSIDENTS D'HONNEUR

M. DURAFOUR, Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.
M. Justin GODART, ancien Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.
M. BRISSON, Président du Conseil Général de la Seine.
M. Maurice QUENTIN, Président du Conseil Municipal de Paris.
M. NAUDIN, Préfet de la Seine.
M. le Dr MOURIER, Directeur de l'Assistance publique de Paris.
M. le Professeur ROGER, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

BUREAU DE LA XXIXe SESSION

Président : M. le Dr ANGLADE, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Château-Picon, Bordeaux (Gironde).

Vice-Président : M. le Dr René SEMELAIGNE, de Paris.

Secrétaire Général : M. le Dr J.-M. DUPAIN, Médecin en Chef honoraire des Asiles d'Aliénés de la Seine (Paris).

Secrétaires des Séances : MM. les Drs Xavier ABÉLY, Médecin en Chef de la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice (Seine), et REBOUL-LACHAUX (Jean), Médecin des Asiles, à Marseille (Bouches-du-Rhône).

COMITÉ PERMANENT DU CONGRÈS

MM. Jean Abadie (de Bordeaux).
Marcel Briand (de Paris).
Lalanne (de Nancy).
Aug. Ley (de Bruxelles).
Henry Meige (de Paris).
René Semelaigne (de Paris).

Secrétaire permanent : M. René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine).

DÉLÉGUÉS OFFICIELS

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

American Psychiatric and Neurological Association : M. le Dr Geo M. Kline, Commissaire général du Department of Mental Diseases du Commonwealth of Massachusetts.

BELGIQUE

Gouvernement belge : Ministère de la Justice : M. le Dr Z. Glorieux et M. le Professeur Aug. Ley.

Société de Médecine mentale de Belgique : M. le Dr de Block (de Liège), Président, et M. le Professeur d'Hollander (de Louvain).

Société belge de Neurologie et de Psychologie : M. le Dr P. van Gehuchten (de Bruxelles) et M. le Dr van Bogaert (d'Anvers).

GRANDE-BRETAGNE

Medico-Psychological Association of Great-Britain and Ireland : M. le Dr Donald Ross, Médecin-directeur de l'Asile des Aliénés d'Argyll et Bute-Lochgilphead.

CANADA

Province de Québec : MM. les Drs Albert BERTRAND, aliéniste attaché à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, de Montréal, et Emile LEGRAND.

DANEMARK

Faculté de Médecine de l'Université de Copenhague : M. le Dr August WIMMER, professeur de psychiatrie à l'Université de Copenhague.

ESPAGNE

Faculté de Madrid : M. le Prof. SIMONENA.
Société de Psychiatrie et de Neurologie de Barcelone : M. le Dr BELARMINO RODRIGUEZ ARIAS, secrétaire de la Société, professeur-adjoint à la Faculté de Médecine de Barcelone.

ESTHONIE

M. le Prof. Louis POUSSEP, de l'Université de Dorpat.

FRANCE

Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales : M. le Dr DEQUIDT, Inspecteur général des services administratifs.
Ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts : M. le Professeur Henri CLAUDE, de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.
Ministère de la Guerre : M. le Médecin Principal JUDE, Professeur agrégé à l'Ecole d'Application du Service de Santé Militaire.

Ministère de la Marine : MM. les Médecins de 1re Classe de la Marine CHARPENTIER et HESNARD.

Ministère des Colonies : MM. les Médecins-Majors CAZANOVE et AUGAGNEUR.

Préfecture du département de la Seine : M. CHANDET, chef du Service de l'Assistance départementale.

Commission de surveillance des Asiles de la Seine : M. DELAITRE, Maître des Requêtes au Conseil d'Etat.

Société clinique de Médecine mentale : MM. LAIGNEL-LAVASTINE, président, SÉGLAS, vice-président, Henri COLIN, secrétaire général, FILLASSIER, GUIRAUD et MARCHAND, secrétaires des séances, Raoul LEROY, trésorier.

Société médico-psychologique : MM. ROUBINOVITCH, président, SÉGLAS, vice-président, Henri COLIN, secrétaire général, René CHARPENTIER et MIGNARD, secrétaires des séances, Raymond MALLET, trésorier.

Société de médecine légale de France : MM. ANTHEAUME, BRIAND et CLAUDE.

Société de Neurologie de Paris : MM. GUILLAIN, président, André LÉRI, vice-président, O. CROUZON, secrétaire général, BEHAGUE, secrétaire, MM. HEUYER, KREBS, LAIGNEL-LAVASTINE, E. DE MASSARY et Henry MEIGE.

Société de Psychiatrie de Paris : MM. SEMELAIGNE, président, CLAUDE, vice-président, LAIGNEL-LAVASTINE, secrétaire général.

Société Française de Psychologie : MM. Georges DUMAS, René CHARPENTIER, MIGNARD, REVAULT D'ALLONNES, WALLON.

HOLLANDE

Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie : M. le Dr W.-M. VAN DER SCHEER, président, et M. le Dr P. WESTERHUIS, de Leeuwarden.

ITALIE

Societa italiana di Neurologia : M. le Professeur Arturo DONAGGIO (de Modène).

LUXEMBOURG

Gouvernement grand-ducal : M. le Dr Albert HANSEN (d'Ettelbrück).

NORVEGE

M. le Professeur MONRAD KROHN (d'Oslo).

POLOGNE

Faculté de Médecine de Varsovie : M. le Dr ORZECHOWSKI, Professeur de Neurologie de l'Université de Varsovie.

PORTUGAL

Faculté de Médecine de Lisbonne : M. le Professeur SOBRAL CID.

ROUMANIE

Faculté de Médecine de Bucarest : M. le Professeur MARINESCO.

SUEDE

M. le Prof. MARCUS, de Stockholm.

SUISSE

Société suisse de Neurologie : M. le Professeur SCHNYDER (de Berne), président, et M. le Dr F. NAVILLE (de Genève), vice-président.

Société Suisse de Psychiatrie : M. le Dr REPOND, président, et M. le Dr Oscar FOREL.

TCHECOSLOVAQUIE

Faculté de Médecine de l'Université Charles, à Prague : M. le Dr HEVEROCH ANT, professeur de Psychiatrie, et M. le Dr Ladislas HASKOVEC, professeur de Neuropathologie.

LISTE

DES MEMBRES ADHÉRENTS

DES MEMBRES ASSOCIÉS

ET DES

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

MEMBRES ADHÉRENTS

Dr Abadie, Professeur à la Faculté de Médecine, médecin des Hôpitaux, 3, rue des Trois-Conils, Bordeaux (Gironde).

Dr Abély (Paul), Médecin en Chef à l'Asile de Prémontré (Aisne).

Dr Abély (Xavier), Médecin en Chef à la Maison Nationale de Santé, à Saint-Maurice (Seine).

Dr Abramson (Mlle), 19, rue Campagne-Première, Paris (XIVe).

Dr Adam (Emile), Médecin en Chef à l'Asile de Fains (Meuse).

Dr Adam (Frantz), Médecin en Chef à l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Dr Allamagny, Médecin-Directeur adjoint de la Maison de Santé, 161, rue de Charonne, Paris (XIe).

Dr Alombert-Goget, Médecin en Chef à l'Asile Saint-Pierre, Marseille (Bouches-du-Rhône).

Dr Ameline, Médecin en Chef-Directeur de la Colonie Familiale d'Ainay-le-Château (Allier).

Dr Amouroux, Médecin en Chef du Quartier des aliénés, 1 *bis,* Boulevard de Verdun, Poitiers (Vienne).

Dr André-Léri, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des Hôpitaux, 37, rue de Bassano, Paris (XVIe).

Dr André-Thomas, Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph, 17, rue Quentin-Beauchard, Paris.

Dr Anglade, Médecin en Chef à l'Asile de Château-Picon, Bordeaux (Gironde).

Dr Antheaume, Directeur de l'*Encéphale,* 6, rue Scheffer, Paris (XVIe).

Dr Arman Sixto, Decane del Hospital Manicomio, à Oviedo (Espagne).

Dr Arnaud, Médecin en Chef-Directeur de la Maison de Santé, 2, rue Falret, à Vanves (Seine).

Dr Artur, Chef du Service de Neuro-Psychiatrie à l'Hôpital Maritime de Brest (Finistère).

Dr Aubry, Médecin en Chef à l'Asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr Audemard, Médecin des Asiles, Inspecteur des Maisons de Santé, 243, Avenue de Saxe, Lyon (Rhône).

Dr Augagneur, Médecin-Major des Troupes coloniales à l'Hôpital Militaire d'Instruction du Val-de-Grâce, Paris (Ve).

Dr Bahia junior, de Porto (Portugal).

Dr Baruk, Médecin en Chef-Directeur de l'Asile de Sainte-Gemmes, près Angers (Maine-et-Loire).

Dr Behague, Chef de Laboratoire à la Salpêtrière, 1, rue de Villeserxel, Paris (VIIe).

Dr Beijerman, Zenuwärts à Santpoort (Hollande).

Dr Belarmino Rodriguez Arias, Rambla de Cataluna, 43, à Barcelone (Espagne).

Dr Bérillon, Médecin Inspecteur des Asiles de la Seine, 4, rue de Castellane, Paris (VIIIe).

Dr Bertrand, Médecin en Chef de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, à Montréal (Canada).

Dr Bersot, Médecin en Chef de « Bellevue » au Landeron, Neuchâtel (Suisse).

Dr Bessières, Médecin en Chef à l'Asile d'Evreux (Eure).

Dr Billet, Médecin en Chef-Directeur de la Maison de Santé Rech, Pont-Saint-Côme, à Montpellier (Hérault).

Dr Billström,

Dr Borel, Médecin en Chef de l'Hospice de Perreux-sur-Boudry, Neuchâtel (Suisse).

Dr Bour, Médecin du Sanatorium de la Malmaison, à Rueil (Seine-et-Oise).

Dr Bourguignon (Georges), 15, rue Royer-Collard, Paris (Ve).

Dr Bourilhet, Médecin en Chef de l'Asile Sainte-Catherine-d'Yseure, Moulins (Allier).

Dr Boven, 23, Avenue de la gare, à Lausanne (Suisse).

Dr Brémond, à Genève (Suisse).

Dr Briand (Marcel), Médecin en Chef honoraire des Asiles de la Seine, 67, Boulevard des Invalides, Paris (VIIe).

Dr Brissot, Médecin en Chef-Directeur de l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Dr Brunschweiler, 6, Place Saint-François, à Lausanne (Suisse).

Dr Buffet, Médecin en Chef de l'Asile d'Ettelbrück, Grand-Duché de Luxembourg.

Dr Bussard, Médecin en Chef-Directeur de l'Etablissement Physio-Thérapeutique de Bellevue, 6, Avenue Mélanie, à Bellevue (Seine-et-Oise).

Dr Buvat, Médecin en Chef-Directeur de la Villa Montsouris, 130, rue de la Glacière, Paris (XIVe).

Dr Callet, l'Hermitage, à Vevey-la-Tour (Suisse).

Dr Calmettes, Médecin en Chef de l'Asile de Naugeat, près Limoges (Haute-Vienne).

Dr Camus (Paul), Médecin de la Salpêtrière, 54, Quai Bourbon, Paris (IVe).

Dr Capgras, Médecin en Chef à l'Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Dr Carrier, Médecin en Chef de la Maison de Santé, 144, Route de Vienne, à Lyon (Rhône).

Dr Cazanove, Médecin-Major de l'Armée Coloniale à l'Ecole de Guerre, Avenue de La Mothe-Piquet, Paris (VIIe).

Dr de Chabert, ancien interne des Hôpitaux, à Eaubonne (Seine-et-Oise).

Dr Charon (Pierre), Médecin en Chef-Directeur de la Maison de Santé de Castel d'Andorte, Le Bouscat, près Bordeaux (Gironde).

Dr Charon (René), 39, Boulevard du Mail, Amiens (Somme).

Dr Charpentier (René), Ancien Chef de Clinique des maladies mentales à la Faculté, Médecin-Directeur de la Maison de Santé, 6, Boulevard du Château, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Dr Charpentier (Louis), Médecin de 1re Classe de la Marine.

Dr Chartier, 12, rue Boileau, Paris (XVIe).

Dr Charuel, Médecin en Chef-Directeur Honoraire des Asiles, à Droyes, par Montiérender (Haute-Marne).

Dr Chaussinand, Médecin en Chef-Directeur Honoraire des Asiles, à Saint-Dizier (Haute-Marne).

Dr Chocreaux, Médecin en Chef de la Maison de Santé de Lommelet, à Saint-André-lez-Lille (Nord).

Dr Christiansen, Professeur à la Faculté de Médecine de Copenhague, 18, Lillestrandvelj, Hellerup (Danemark).

Dr Christin, Privat Docent de Neurologie, 2, Tour de l'Ile, Genève (Suisse).

Dr Claude (Henri), Professeur de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine, 89, Boulevard Malesherbes, Paris (VIIIe).

Dr Coenen, Amsterdam (Hollande).

Dr Colin (Henri), Médecin en Chef du Service de l'Admission à l'Asile Clinique, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Dr Collet, Médecin en Chef-Directeur de la Clinique Médicale, 6, Avenue des Marronniers, à Fontenay-sous-Bois (Seine).

Dr Combemale, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 93, rue d'Esquermes à Lille (Nord).

Dr Cornil, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 2 *bis*, rue Girardet à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr Cornu, Médecin en Chef de l'Asile de Bassens, près Chambéry (Savoie).

Dr Coulonjou, Médecin en Chef de l'Hospice Saint-Jacques à Nantes (Loire-Inférieure).

Dr Courbon, Médecin en Chef de l'Asile de Stéphansfeld, par Brumath (Bas-Rhin).

Dr Crouzon, Médecin de la Salpêtrière, 70 *bis*, Avenue d'Iéna, Paris (XVIe).

Dr Cullerre, Médecin en Chef-Directeur Honoraire des Asiles, 8, Boulevard des Alliés, à La Roche-sur-Yon (Vendée).

Dr Daday, Médecin en Chef-Directeur de l'Asile de Navarre, près Evreux (Eure).

Dr Danjean, Médecin en Chef de l'Asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).

Dr de Craene, Agrégé de l'Université, 26, rue Jacques-Jordaens, à Bruxelles (Belgique).

Dr de Block, Médecin de l'Etablissement de Volière, 23, Boulevard Frère-Orban, à Liège (Belgique).

M. Delaitre, Maître des Requêtes au Conseil d'Etat ; Membre de la Commission de Surveillance des Asiles de la Seine, 9, rue La Condamine, Paris (XVIIe).

Dr Delaunois, Directeur de l'Etablissement de Bon-Secours à Peruwelz (Hainaut).

Dr Demay, Médecin en Chef de l'Asile de Clermont (Oise).

Dr Deroitte, Inspecteur des Etablissements pour malades mentaux de Belgique, 192, Avenue Albert, Bruxelles (Belgique).

Dr Deron, 2, Place de Passy, Paris (XVIe).

Dr Desloges, Medical Director Hospitals for the Insane Reformation, à Montréal (Canada).

Dr Desruelles, Médecin en Chef de l'Asile de Saint-Ylie, par Dôle-du-Jura (Jura).

Dr Devaux, Médecin-Directeur de la Maison de Santé, 6, Boulevard du Château, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Dr D'Hollander, Professeur à l'Université de Louvain (Belgique).

Dr Dide, Médecin en Chef-Directeur de l'Asile de Bracqueville, près Toulouse (Haute-Garonne).

Dr Duchateau, Médecin en Chef de l'Etablissement Caritas à Melle (Belgique).

Dr Ducos, Médecin en Chef de l'Asile de Cadillac (Gironde).

Dr Ducosté, Médecin en Chef à l'Asile de Villejuif (Seine).

Dr Dumas (Georges), Professeur à la Faculté des Lettres, 6, rue Garancière, Paris (VIe).

Dr Dupain, Médecin en Chef Honoraire des Asiles de la Seine, 5, Boulevard Saint-Michel, Paris (Ve).

Dr Dupouy, Ancien Chef de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Médecine, 15, Villa de Bel-Air, Paris (XIIe).

Dr Etienne, Professeur à la Faculté de Médecine, 32, Faubourg Saint-Jean à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr Euzières, Doyen de la Faculté de Médecine, Chemin de Pioch-Boutome, Villa Baichis, à Montpellier (Hérault).

Dr Farez (Paul), Médecin-Inspecteur des Asiles de la Seine, 3, rue La Boëtie, Paris (VIIIe).

Dr Fassou, Médecin en Chef de l'Asile de Bégard (Côtes-du-Nord).

Dr Fenayrou, Médecin en Chef de l'Asile de Rodez (Aveyron).

Dr Fillassier, Médecin en Chef-Directeur de la Maison de Santé du Château de Suresnes, 10, Quai Galliéni, à Suresnes (Seine).

Dr Forman, 1, rue Aldringer, à Luxembourg (Grand-Duché de Luxembourg).

Dr Foulon (Franz), Directeur de l'Asile d'aliénés de Haeck, Chaussée de Louvain, à Schaerbeck (Belgique).

Dr Froment, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des Hôpitaux, 25, rue Godefroy, Lyon (Rhône).

Dr Gassiot, Médecin en Chef de l'Asile de Saint-Yon, par Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure).

Dr Gauducheau, 35, rue Jean-Jaurès à Nantes (Loire-Inférieure).

Dr Genil-Perrin, Médecin en Chef à l'Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

Dr Gerritsen, Médecin en Chef de l'Asile de « Oud-Rosenburg », à Loosduinen (Hollande).

Dr GLORIEUX, Inspecteur Général des Etablissements pour enfants anormaux et malades mentaux de Belgique, 215, Avenue de Tervueren, Bruxelles.

Dr GOBERT, 44, rue Réga, à Louvain (Belgique).

Dr GOLDZLITZI (de Varsovie).

Dr GOURIOU, La Terrasse, à Chamalières (Puy-de-Dôme).

Dr GUILLAIN, Professeur de Clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine, 215 *bis*, Boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

Dr GUIRAUD, Médecin en Chef de la Maison de Santé de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Dr GUISAN, Médecin-Neurologue, 1, Saint-François, à Lausanne (Suisse).

Dr HALBERSTADT, Médecin en Chef-Directeur de l'Asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

Dr HAMBACHIZÉ, de Tiflis (Géorgie).

Dr HAMEL (Jacques), Médecin en Chef de l'Asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr HAMEL, Médecin en Chef de l'Asile de Quatre-Mares, à Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure).

Dr HANSEN, Médecin Chef de Service à l'Asile d'Ettelbrück (Grand-Duché de Luxembourg).

Dr HASKOVEC, Professeur de neuropathologie à l'Université de Prague (Tchécoslovaquie).

Dr HENNER, Assistant pour la Neurologie de la 1re Clinique Médicale, Prague, 11, 18a, Stépanska (Tchécoslovaquie).

Dr HENRY (Mlle Marthe), 20 *bis*, rue Daru, Paris (XVIe).

Dr HERMANN, de Varsovie.

Dr HERMANN (Mme), de Varsovie.

Dr HESNARD, Médecin de 1re Classe de la Marine, Professeur à l'Ecole de Médecine Navale, Boulevard Delescluse, Les Routes, Toulon (Var).

Dr HOEDEMAKERS, assistant à la Clinique psychiatrique de l'Hôpital St-Jean, 11, Avenue Michel-Ange, Bruxelles (Belgique).

Dr HOVEN, Médecin en Chef de l'Asile de Mons (Belgique).

Dr HEUYER, Médecin des Hôpitaux et de l'Infirmerie Spéciale près la Préfecture de Police, 74, Boulevard Raspail, Paris (VIe).

Dr JACQUIN, Médecin en Chef de l'Asile Sainte-Madeleine, à Bourg (Ain).

Dr Janzen (Ernst), 9, Valerius plein, Amsterdam (Hollande).

Dr Jude, Médecin Principal, Professeur agrégé à l'Ecole du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce, rue Saint-Jacques, Paris.

Dr de Kerdrel, à Paladru (Isère).

Dr Kipchidzé, Chef de Clinique des Maladies Nerveuses de l'Université de Tiflis (Géorgie).

Dr Klippel, Médecin des Hôpitaux, 63, Boulevard des Invalides, Paris (VIIe).

Dr Knud Krabbe, 21, Oesterbrogade, à Copenhague (Danemark).

Dr de La Bretoigne du Mazet, à Ber Rechid (Maroc).

Dr Ladame, Privat Docent à l'Université, Médecin en Chef de l'Asile de Rosegg, à Soleure (Suisse).

Dr Lagriffe, Médecin en Chef-Directeur de l'Asile de Quimper (Finistère).

M. Lahy, Chef des Travaux à l'Ecole des Hautes Etudes, 22, Avenue de l'Observatoire, Paris (XIVe).

Dr Laignel-Lavastine, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 12 *bis*, Place de Laborde, Paris (VIIIe).

Dr Lalanne, Médecin en Chef de l'Asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr Lamache, Interne des Asiles de la Seine, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Dr Laugier, Interne des Asiles de la Seine, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Dr Lautier, Médecin en Chef-Directeur de l'Asile d'Alençon (Orne).

Dr Lauzier, Médecin en Chef-Directeur de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).

Dr Legrain, Médecin en Chef de l'Asile de Villejuif (Seine).

Dr Legrand, 22, rue Eugène-Manuel, Paris.

Dr Lépine (Jean), Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, 1, Place Gailleton, Lyon (Rhône).

Dr Leroy (Raoul), Médecin en Chef à l'Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Dr Le Roy des Barres, Médecin en Chef-Directeur de la Maison de Santé, Epinay-sur-Seine (Seine).

Dr Le Savoureux, Médecin des Asiles, La Vallée-aux-Loups, 87, rue de Châteaubriand, à Chatenay (Seine).

Dr Lévy-Valensi, Médecin des Hôpitaux, 37, Avenue Victor-Hugo, Paris (XVIe).

Dr Ley (Auguste), Professeur de Psychiatrie à l'Université de Bruxelles, Chef du Service des Maladies mentales à l'Hôpital Saint-Jean, 9 Avenue Fond-Roy à Uccle, près Bruxelles (Belgique).

Dr Ley (Rodolphe), Chef des travaux d'anatomie pathologique à l'Université de Bruxelles, 10, Avenue de la Ramée, à Uccle, près Bruxelles (Belgique).

Dr Livet, 41, rue Boissy-d'Anglas, Paris (VIIIe).

Dr Logre, Médecin de l'Infirmerie Spéciale près la Préfecture de Police, 18, rue de La Condamine, Paris (XVIIe).

Dr Long, Professeur à l'Université, 15, Boulevard Helvétique, Genève (Suisse).

Dr Lopez Albo, Director del Manicomio de Zaldivar, Jefe de la Consulta de Neuro-Psiquiatria del Hospital Civil, Alameda de Urquijo, 22, Pral. Izdda, Bilbao (Espagne).

Dr Lucchini, du Service de Prophylaxie mentale, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Dr Lwoff, Médecin en Chef Honoraire des Asiles de la Seine, 14, Avenue Marie-Louise, La Varenne-Saint-Hilaire (Seine).

Dr Maere, Médecin en Chef de l'Asile Le Strop, 18, Place du Marais à Gand (Belgique).

Dr Mahón, Médecin en Chef-Directeur de l'Hôpital-Hospice Sainte-Anne à Mont-de-Marsan (Landes).

Dr Mallet (Raymond), 284, Boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

Dr Marchand, Médecin en Chef de la Maison Nationale de Santé, Saint-Maurice (Seine).

Dr Marie (Auguste), Médecin en Chef à l'Asile Clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Dr Marinesco, Professeur à la Faculté de Médecine de Bucarest, 29, Saleilor, à Bucarest (Roumanie).

Dr Martin-Sisteron, 24, Avenue Félix-Viallet, à Grenoble (Isère).

Dr Masquin, Saint-Didier (Vaucluse).

Dr Massaut, Directeur de la Colonie de Lierneux (Belgique).

Dr de Massary (Ern.), Médecin des Hôpitaux, 59, rue de Miromesnil, Paris (VIIIe).

Dr Meige (Henry), Professeur à l'Ecole des Beaux-Arts, 35, rue de Grenelle, Paris (VIIe).

Dr Mercier, Médecin en Chef de l'Asile de Pierrefeu (Var).

Dr Meuriot, 51, Avenue Montaigne, Paris VIIIe),

Dr Mézie, Médecin en Chef-Directeur de la Maison de Santé de Sarreguemines (Moselle).

Dr Mignard, Médecin en Chef à l'Asile de Vaucluse, Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

Dr Mignot, Médecin en Chef de l'Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Dr Minkowska (Mme), 2, Square Delambre, Paris (XIVe).

Dr Minkowski (Eugène), 2, Square Delambre, Paris (XIVe).

Dr Minkowski (M.), 6, Phy. Kerstrasse, à Zurich (Suisse).

Dr Minor, Professeur à l'Université de Moscou, 9, Milutinsky, à Moscou.

Dr Mira, Contès 527, à Barcelone (Espagne).

Dr de Miranda (Henrique de Almeida), 52, rue Spontini, Paris (XVIe).

Dr Miraillié, Directeur de l'Ecole de Médecine, 11, rue Copernic, à Nantes (Loire-Inférieure).

Dr Miroslav Krivy, à Bratislava (Tchécoslovaquie).

Dr Molin de Teyssieu, 14, rue Blanc-Dutrouilh, à Bordeaux (Gironde).

Dr Monestier, Médecin en Chef-Directeur de l'Asile Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées).

Dr Monis, de Lisbonne (Portugal).

Dr Egaz Moniz, Professeur à l'Université de Lisbonne.

Dr Monrad-Krohn, Professeur à l'Université d'Oslo (Norvège).

Dr Morat, Médecin en Chef-Directeur de la Clinique Neurologique de Saint-Cloud, 2, Avenue Pozzo di Borgo, Saint-Cloud (Seine-et-Oise).

Dr Morel, Médecin en Chef-Directeur de l'Asile de Préfargier, Neuchâtel (Suisse).

Dr Morgenstern (Mme), Assistante Interne, Asile Cantonal Munsterlingen, Ct, de Thurgovie (Suisse).

Dr S. Naiditch (Mlle), 11, rue Théodule-Ribot, Paris (XVIIe).

Dr Nayrac, Chef de Clinique Psychiatrique à la Faculté de Médecine de Lille (Nord).

Dr Noguès, Médecin de la Maison de Santé, 34, Quai de Tournis, Toulouse (Haute-Garonne).

Dr Ollivier, Médecin en Chef de l'Asile de Lehon, à Dinant (Côtes-du-Nord).

Dr Orlinsky, de Varsovie.

Dr Orzechowski, Professeur de Neurologie à l'Université de Varsovie, Pl. Napoleona, 6, à Varsovie (Pologne).

Dr Overbosch, Médecin de l'Asile « Maasoord », Poortugaal, près Rotterdam (Hollande).

Dr Pactet, Médecin en Chef de l'Asile de Villejuif (Seine).

Dr Page, Médecin en Chef de la Maison de Santé de Bellevue, 19, rue des Potagers, à Bellevue (Seine-et-Oise).

Dr Pailhas, Médecin en Chef de l'Asile du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn).

Dr Parant (Louis), Médecin en Chef-Directeur de la Maison de Santé de Saint-Cyprien, 17, Allées de Garonne, Toulouse (Haute-Garonne).

Dr Pascal (Mlle C.), Médecin des Asiles de la Seine.

Dr Paul-Boncour, Médecin en Chef de l'Institut Médico-Pédagogique de Vitry-sur-Seine, Professeur à l'Ecole d'Anthropologie, 164, Faubourg Saint-Honoré, Paris (VIIIe).

Dr Perrens, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine. Médecin en Chef à l'Asile de Château-Picon, Bordeaux (Gironde).

Dr Petit (Géorges), Médecin des Asiles de la Seine.

Dr Pezet, Médecin en Chef-Directeur de l'Asile de Châlons-sur-Marne (Marne).

Dr Piéron, Directeur du Laboratoire de Psychologie physiologique de la Sorbonne, 52, Route de la plaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise).

Dr Pienkowski, de Varsovie.

Dr Piétri, Médecin de l'Asile Saint-Pons, à Nice, (Alpes-Maritimes).

Dr Pochon, Médecin en Chef de l'Asile de Saint-Yon, par Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure).

Dr Porc'her, Médecin des Asiles, Assistant du Service de Prophylaxie mentale, 1, Rue Cabanis, Paris (XIVe).

Dr Porot, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 12, Rue Mogador à Alger.

Dr Poussep, Professeur à l'Université, à Dorpat (Esthonie).

Dr Prince, Médecin en Chef à l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Dr Raviart, Professeur de Clinique Psychiatrique à la Faculté de Médecine, 91, Rue d'Esquermes, Lille (Nord).

Dr Raymond de Saussure, Tertasse, 2, Genève (Suisse).

Dr Rayneau, Médecin en Chef-Directeur de l'Etablissement Psychothérapique du Loiret, à Fleury-les-Aubray, près Orléans, (Loiret).

Dr REBOUL-LACHAUX (Jean), Médecin des Asiles, 100, rue Sylvabelle, à Marseille (Bouches-du-Rhône).

Dr REPOND, Maison de Santé de Malevoz, Monthey, Valais (Suisse).

Dr REVERTEGAT, Médecin en Chef-Directeur de la Maison de Santé, 17, Avenue Rozée, à Sannois (Seine-et-Oise).

Dr REVAULT D'ALLONNES, Médecin en Chef-Directeur de la Maison de Santé, 10, rue Picpus, Paris (XIIe).

Dr ROBERT, Médecin en Chef-Directeur de l'Asile d'Auch, à Auch (Gers).

Dr RODIET, Médecin en Chef à l'Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Dr ROGER, Professeur de Clinique Neurologique à l'Ecole de Médecine, 66, Boulevard Notre-Dame, à Marseille (Bouches-du-Rhône).

Dr ROGUES DE FURSAC, Médecin en Chef à l'Asile de Villejuif (Seine).

Dr ROSSI (Mlle), 2, Via Groberti, à Milan (Italie).

Dr ROUBINOVITCH, Médecin de Bicêtre, 3, rue de Médicis, Paris (VIe).

Dr RUBBENS, Assistant à la Faculté de Médecine, Louvain, (Belgique).

Dr SABAH, de Damas (Syrie), 12, Boulevard de l'Hôpital (Paris).

Dr SAMBOLA CASANOVA, Manicomio de Salt, Girona (Espagne).

Dr SANO, Médecin-Directeur de la Colonie de Gheel (Belgique).

Dr SANTENOISE, Médecin en Chef à l'Asile de Saint-Ylie, par Dôle-du-Jura (Jura).

Dr SANTENOISE (Daniel), Médecin des Asiles, Inspecteur général au Ministère de l'Intérieur, Place Beauvau (Paris).

Dr SCHIFF, du Service de Prophylaxie mentale, 1, rue Cabanis (Paris).

Dr SCHNYDER (Louis), Privat Docent de Neuropathologie, 19, rue Daxelhofer, Berne (Suisse).

Dr SCHNYDER (Pierre), 19, Daxelhofer, Berne (Suisse).

Dr SCHNEIDER (Mlle Marguerite), 19, rue Daxelhofer, Berne (Suisse).

Dr SCHRÖDER, Clinique Psychiatrique, Bredgade n° 63, à Copenhague (Danemark).

Dr SÉGLAS, Médecin honoraire de la Salpêtrière, 96, rue de Rennes (Paris).

Dr SEMELAIGNE (René), 59, Boulevard de Montmorency, Paris (XVIe).

Dr Semelaigne (Georges), 3, rue de Monceau, Paris (VIIIe).
Dr Sengès, Médecin en Chef à l'Asile de Blois (Loir-et-Cher).
Dr Sérieux, Médecin en Chef à l'Asile Clinique, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).
Dr Sicard, Professeur à la Faculté de Médecine, 195, Boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).
Dr Simon, Médecin en Chef de la Colonie de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
Dr Sizaret, Médecin en Chef de l'Asile de Rennes, à Rennes (Ille-et-Vilaine).
Dr Simonena, Plaza de Santa Barbara, Madrid (Espagne).
Dr Sobral Cid, Manicomio Bombarda, à Lisbonne (Portugal).
Dr Söderbergh, de Stockholm (Suède).
Dr Sollier (Mme Alice), Clinique Neurologique, Pozzo di Borgo, à Saint-Cloud (Seine).
Dr Sollier (Paul), 14, rue Clément-Marot, Paris (VIIIe).
Dr Targowla, Chef de Clinique à la Faculté, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).
Dr Tarrius (Jean), Directeur de la Maison de Santé, Epinay-sur-Seine (Seine).
Dr Taty, Médecin en Chef Honoraire des Asiles, La Tour-de-Salvagny, par Charbonnières (Rhône).
Dr Titeca (Raoul), Médecin en Chef-Directeur du Sanatorium Sans-Souci, à Jette-Saint-Pierre (Bruxelles).
Dr Tissot, Médecin en Chef de l'Asile du Bon-Sauveur, à Caen (Calvados).
Dr Toulouse, Médecin en Chef-Directeur du Service libre de Prophylaxie mentale, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).
Dr Tournay, 81, rue Saint-Lazare, Paris (IXe).
Dr Trénel, Médecin en Chef à l'Asile de Villejuif (Seine).
Dr Trepsat, Médecin en Chef du Sanatorium de la Malmaison, à Rueil (Seine-et-Oise).
Dr Tysebaert (Mme Jeanne), Médecin du Service anthropologique à la prison de Forest (Bruxelles).
Dr Usse, Médecin en Chef de l'Asile de Dury-lès-Amiens (Somme).
Dr Uspenski (Mme), de Moscou.
Dr Van Bogaert, Médecin des Hôpitaux, 22, rue d'Arenberg, à Anvers (Belgique).
Dr Van der Scheer, Santpoort (Hollande).
Dr Van Dessel, Médecin de l'Etablissement pour maladies mentales, à Duffel (Belgique).

Dr Van de Weghe, Médecin anthropologue des prisons, à Bruges (Belgique).

Dr Van Gehuchten, 43, avenue de la Couronne, Bruxelles (Belgique).

Dr Velter, Professeur agrégé, Avenue du Président-Wilson, Paris (VIIIe).

Dr Vermeylen, Médecin à la Colonie de Gheel (Belgique).

Dr Vernet (Georges), Médecin en Chef-Directeur de l'Asile Beauregard, à Bourges (Cher).

Dr Verniory, Médecin anthropologue à la prison, Boulevard Ad-Aquam, 7, Namur (Belgique).

Dr Vervaeck, Directeur du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 35, rue Verhulst, à Uccle, près Bruxelles (Belgique).

Dr Vian, 49, rue Pastorelli, à Nice (Alpes-Maritimes).

Dr Viateau,

Dr Viel, Médecin en Chef de l'Asile du Bon-Sauveur, Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).

Dr Vieux, Médecin à l'Etablissement de Divonne-les-Bains (Ain).

Dr Vignaud, Médecin de la Maison de Santé de Vanves, 2, rue Falret, à Vanves (Seine).

Dr Vives, Salvador, Ronda de Sant-Pere, 68, 1er-1a, Barcelone (Espagne).

Dr Vinchon, 82, Boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Dr Violet, Médecin en Chef à l'Asile de Dijon (Côte-d'Or).

Dr Vullien, Chef de laboratoire de la Clinique Psychiatrique, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).

Dr Weinberg (Mlle), du Service de Prophylaxie mentale, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Dr Welter (Eloi), Médecin en Chef de l'Asile d'Ettelbrück (Grand-Duché de Luxembourg).

Dr Wenger (Ernest), 4, avenue Marie-Thérèse, à Luxembourg (Grand-Duché de Luxembourg).

Dr Wenger (Mme Marthe), 4, Avenue Marie-Thérèse, à Luxembourg (Grand-Duché de Luxembourg).

Dr Westerhuis, Leeuwarden (Hollande).

Dr Wimmer, Professeur de Psychiatrie, Universitets Laboratorium, Copenhague (Danemark).

Dr Wladyczko (Stanislas), Professeur à l'Université de Vilna (Pologne).

Dr Zand (Mme), de Vilna (Pologne).

MEMBRES ASSOCIÉS

Mme Frantz ADAM, de Rouffach (Haut-Rhin).
Mme ANDRÉ-LÉRI, de Paris.
Mlle ANGLADE, de Bordeaux (Gironde).
M. Roger ANGLADE, de Bordeaux (Gironde).
Mme ANTHEAUME, de Paris.
Mme ARNAUD, de Vanves (Seine).
Mlle C. ARNAUD, de Vanves (Seine).
Mlle M. ARNAUD, de Vanves (Seine).
Mlle S. ARNAUD, de Vanves (Seine).
M. R. ARNAUD, de Vanves (Seine).
Mme BARUK, d'Angers (Maine-et-Loire).
Mlle BARUK, d'Angers (Maine-et-Loire).
Mlle BECUE, de Fleury-les-Aubrais (Loiret).
Mme BEIJERMAN, de Santpoort (Hollande).
M. BENARD, de Paris.
Mme BENARD, de Paris.
M. Jean BOURILLET, de Moulins (Allier).
Mme BRISSOT, de Rouffach (Haut-Rhin).
M. P. BRUTSAERT, de Louvain (Belgique).
Mme BUSSART, de Bellevue (Seine-et-Oise).
Mme CALMETTES, de Limoges (Haute-Vienne).
M. CHAMMAH, de Damas (Syrie).
Mme René CHARPENTIER, de Neuilly-sur-Seine (Seine).
Mme André CHARTIER, de Paris.
Mme CHARUEL, de Droyes (Haute-Marne).
Mme CHRISTIANSEN, de Copenhague (Danemark)
Mme CHRISTIN, de Genève (Suisse).
Mme Henri CLAUDE, de Paris.
Mlle CLAUDE, de Paris.
Mme Henri COLIN, de Paris.
M. Jean COLIN, de Paris.
Mlle G. COLLET, de Fontenay-sous-Bois (Seine).
Mlle S. COLLET, de Fontenay-sous-Bois (Seine).
Mme COURBON, de Stéphansfeld (Bas-Rhin).

Mme DADAY, d'Evreux (Eure).
Mlle DADAY (Lucienne), d'Evreux (Eure).
Mlle DADAY (Yvonne), d'Evreux (Eure).
Mme DANJEAN, d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Mlle DANJEAN, d'Aix (Bouches-du-Rhône).
M. DÉCOMBES, de Droyes (Haute-Marne).
Mme DÉCOMBES, de Droyes (Haute-Marne).
Mme DE CRAENE, de Bruxelles.
Mme DELAITRE, de Paris.
Mlle DUCOSTÉ, de Villejuif (Seine).
Mlle DUPAIN, de Paris.
Mme D'HOLLANDER, de Louvain (Belgique).
Mme GAUDUCHEAU, de Nantes (Loire-Inférieure).
Mme GERRITSEN, de Loosduinen (Hollande).
Mme GUILLAIN, de Paris.
Mme HASKOVEC, de Prague (Tchécoslovaquie).
M. HASKOVEC (Ladislas), de Prague (Tchécoslovaquie).
M. HASKOVEC (Vladimir), de Prague (Tchécoslovaquie).
Mme LAGRIFFE, de Quimper (Finistère).
Mme LEGRAIN, de Villejuif (Seine).
Mme LEROY, de Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Mme LEROY DES BARRES, d'Epinay-sur-Seine (Seine).
Mme LEY (Auguste), de Bruxelles (Belgique).
M. LEY (Jacques), de Bruxelles (Belgique).
Mme LEY (Rodolphe), de Bruxelles (Belgique).
Mme LOGRE, de Paris.
Mme DE MASSARY, de Paris.
Mlle DE MASSARY, de Paris.
Mme MEIGE, de Paris.
Mme MÉZIE, de Sarreguemines (Moselle).
Mme MIGNARD, d'Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
Mlle MIGNOT, de Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Mme DE MIRANDA, de Paris.
Mme MOLIN DE TEYSSIEU, de Bordeaux (Gironde).
Mme MORAT, de Paris.
Mme MOREL, de Préfargier (Suisse).
Mme PAUL-BONCOUR, de Paris.
M. PÉRON (Noël), de Suresnes (Seine).
Mme PIÉDELIÈVRE, de Paris.
M. PIÉDELIÈVRE, de Paris.
Mme PIÉTRI, de Nice (Alpes-Maritimes).
Mme PRINCE, de Rouffach (Haut-Rhin).

Mme Rayneau, de Fleury-les-Aubrais (Loiret).
Mme Roger (Henri), de Marseille (Bouches-du-Rhône).
Mme Rossi, d'Ancone (Italie).
Mme Roubinovitch, de Paris.
Mme de Saussure (Raymond), Genève (Suisse).
Mme Schröder, Copenhague (Danemark).
Mlle Scribe, de Paris.
Mme Semelaigne (Georges), de Paris.
Mlle Semelaigne (Renée), de Paris.
Mme Sérieux, de Paris.
Mlle Sérieux de Paris.
Mme Sicard, de Paris.
Mlle Sicard, de Paris.
M. Sicard (André), de Paris.
Mme Simon, de Paris.
Mlle Sizaret, de Rennes (Ille-et-Vilaine).
Mme Sobral Cid de Lisbonne (Portugal).
Mme Tarrius (Jean), d'Epinay-sur-Seine (Seine).
M. du Tertre, de Villejuif (Seine).
Mme Tissot, de Caen (Calvados).
Mme Titeca, de Bruxelles (Belgique).
M. Titeca (Jean), de Bruxelles (Belgique).
Mme Trepsat, de Rueil (Seine-et-Oise).
Mlle Trepsat, de Rueil (Seine-et-Oise).
Mme Usse, d'Amiens (Somme).
Mme Scheer (Van der), Santpoort (Hollande).
M. de Vaulabelle, Asile de Villejuif (Seine).
Mme Vermeylen, de Bruxelles (Belgique).
Mme Weill (Julien), 4 *bis*, Rue Gustave Zédé, Paris (XV[e]).
Mme Westerhuis, Leeuwarden (Hollande).
Mme Wimmer, Copenhague (Danemark).

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Aisne. — Asile de Prémontré.
Allier. — Asile Sainte-Catherine d'Yseure près Moulins. Colonie Familiale de la Seine à Ainay-le-Château.
Ariège. — Asile de Saint-Lizier.
Aveyron. — Asile de Rodez.
Bouches-du-Rhône. — Asile Saint-Pierre à Marseille. Asile d'Aix.
Calvados. — Asile du Bon-Sauveur à Caen.
Charente. — Asile de Breuty-la-Couronne, près Angoulême.
Charente-Inférieure. — Asile de Lafond, près la Rochelle.
Cher. — Asile de Beauregard près Bourges. Colonie Familiale de la Seine à Dun-sur-Auron. Colonie Familiale de la Seine à Chezal-Benoît.
Côte-d'Or. — Asile de la Chartreuse à Dijon.
Dordogne. — Asile de Vauclair à Monpont-sur-Isle.
Eure. — Asile de Navarre près Evreux.
Eure-et-Loir. — Asile de Bonneval.
Finistère. — Asile Saint-Athanase à Quimper.
Haute-Garonne. — Asile de Braqueville près Toulouse.
Gers. — Asile d'Auch.
Gironde. — Asile de Château-Picon à Bordeaux. Asile de Cadillac.
Hérault. — Etablissement de Font-d'Aurelles près Montpellier.
Ille-et-Vilaine. — Asile Saint-Meen à Rennes.
Jura. — Asile de Saint-Ylie près Dôle.
Landes. — Hospice-Hôpital Sainte-Anne à Mont-de-Marsan.
Haute-Loire. — Asile de Montredon au Puy.
Loire-Inférieure. — Asile de Blanche-Couronne à Savenay.
Loiret. — Etablissement Psychothérapique de Fleury-les-Aubrais près Orléans.
Loir-et-Cher. — Maison de Santé départementale à Blois.
Lot-et-Garonne. — Hospice d'Agen.
Lozère. — Asile de Saint-Alban.

MANCHE. — Etablissement du Bon-Sauveur de Pont-l'Abbé-Picauville.

MARNE. — Asile de Châlons-sur-Marne.

HAUTE-MARNE. — Asile de Saint-Dizier.

MAYENNE. — Asile de La Roche-Gandon à Mayenne.

MEURTHE-ET-MOSELLE. — Asile de Maréville près Nancy.

MEUSE. — Asile de Fains-les-Sources, près Bar-le-Duc.

MORBIHAN. — Asile de Lesvellec, près Vannes.

MOSELLE. — Asile de Steinbach à Sarreguemines. Asile de Hoert.

NIÈVRE. — Asile de La Charité-sur-Loire.

OISE. — Asile de Clermont.

ORNE. — Asile d'Alençon.

PAS-DE-CALAIS. — Asile de Saint-Venant.

PUY-DE-DÔME. — Asile Sainte-Marie-de-l'Assomption à Clermont-Ferrand.

BASSES-PYRÉNÉES. — Asile Saint-Luc à Pau.

BAS-RHIN. — Asile de Stéphansfeld près Strasbourg.

HAUT-RHIN. — Asile de Rouffach.

RHÔNE. — Asile de Bron près Lyon. Etablissement Saint-Jean-de-Dieu à Lyon.

SARTHE. — Asile du Mans.

SAVOIE. — Asile de Bassens près Chambéry.

SEINE. — Asile Clinique (Sainte-Anne), à Paris. Asile de la Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). Asile de Moisselles (Seine-et-Oise). Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), Asile de Villejuif (Seine). Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

SEINE-INFÉRIEURE. — Etablissement Départemental de la Seine-Inférieure : Asile Saint-Yon et Asile de Quatre-Mares à Saint-Etienne du Rouvray près Rouen.

SOMME. — Asile de Dury-les-Amiens, près Amiens.

TARN. — Asile du Bon-Sauveur, Albi.

VAR. — Asile de Pierrefeu.

VAUCLUSE. — Asile de Montdevergues, par Montfavet, près Avignon.

HAUTE-VIENNE. — Asile de Naugeat, près Limoges.

YONNE. — Asile d'Auxerre.

BELGIQUE. — Etablissement St-Philippe-de-Néri, à Vaes. Asile de l'Etat, à Mons.

Séances du Congrès. Présidents des séances

Les séances du Congrès se sont tenues à la Faculté de Médecine, à l'Hospice de la Salpêtrière, et à l'Asile Clinique (Sainte-Anne).

Elles ont été présidées par MM. les D[rs] *Anglade,* Président, René *Semelaigne,* Vice-Président, *de Craene,* Agrégé de l'Université de Bruxelles (Belgique), *Donaggio,* Professeur à l'Université de Modène (Italie), *d'Hollander,* Professeur à l'Université de Louvain (Belgique), *Auguste Ley,* Professeur à l'Université de Bruxelles (Belgique), *Long,* Professeur à l'Université de Genève (Suisse), *Marinesco,* Professeur à l'Université de Bucarest (Roumanie), *Minor,* Professeur à l'Université de Moscou (U. R. S. S.), *Van der Scheer,* Médecin en Chef-Directeur de l'Etablissement de Santpoort (Hollande), *Séglas,* Médecin en Chef Honoraire de l'Hospice de la Salpêtrière (Paris), *Aug. Wimmer,* Professeur à l'Université de Copenhague (Danemark).

SÉANCE D'OUVERTURE

SÉANCE D'OUVERTURE

La séance inaugurale de la XXIX[e] Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française a eu lieu le jeudi 28 mai 1925, à 9 h. 30 du matin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

M. Durafour, Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, et M. Justin Godart, ancien Ministre, étant retenus aux travaux de la Conférence de la Société des Nations à Genève, M. le Professeur Roger, Doyen de la Faculté de Médecine, a bien voulu ouvrir la séance et souhaiter la bienvenue aux membres du Congrès et aux délégués des Gouvernements étrangers, donnant ensuite la présidence à M. Anglade, Président du Congrès.

M. le D[r] Dequidt, Inspecteur général des Services administiatifs, délégué de M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, a eu le premier la parole. Il s'est exprimé en ces termes :

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

J'hésite à prendre la parole dès le début de cette séance, car mon intervention souligne une déconvenue à laquelle le Congrès a le droit d'être sensible : l'absence de M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène.

J'avais, pour ma part, réclamé l'honneur et le profit de venir ici, en témoin assidu, suivre vos travaux ; j'escomptais surtout le plaisir de me retrouver au milieu des médecins aliénistes, parmi lesquels je compte de nombreux amis. J'avais appris à les connaître, à les estimer en de multiples circonstances, et notamment, au concours des médecins d'asiles que je préside depuis plusieurs années et dont il est permis de parler aujourd'hui, car c'est par ces concours qu'a été recruté ce corps des médecins des asiles si justement réputé, et qui a largement contribué au développement de la science psychiatrique française,

Je suis heureux de saluer, en la personne de M. le Dr Anglade, l'un de ses plus brillants représentants, et je me félicite avec vous de le voir à la présidence de ce Congrès.

Mais vous aviez le droit d'escompter que M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène viendrait lui-même, aujourd'hui, souligner par sa présence, l'importance de cette séance inaugurale. M. Justin Godart, alors ministre, en avait pris l'engagement formel, et M. Durafour avait été heureux d'avaliser l'engagement de son prédécesseur. Retenu à Genève, par les devoirs de sa fonction, il m'a chargé de vous apporter ses regrets de ne pouvoir être des vôtres aujourd'hui, regrets encore avivés du fait de la présence, en cette solennité, d'un grand nombre de médecins étrangers, qui représentent l'élite de la science psychiatrique et neurologique de leurs pays et sont venus, à l'occasion de ces journées neuro-psychiatriques de Paris, rendre hommage à la science française.

Au nom du Ministre du Travail et de l'Hygiène, je leur adresse des vifs remerciements et des souhaits cordiaux de bienvenue.

Il ne m'appartient pas, et ce serait dépasser mon rôle et la compétence, d'essayer de dégager la portée et les enseignements de vos congrès annuels de neurologie et de psychiatrie, mais puisque je représente le ministre de l'Hygiène, peut-être m'est-il permis de souligner l'une des tendances les plus caractéristiques de votre spécialité, c'est-à-dire son évolution dans le sens de la prophylaxie, de l'assistance préventive, de l'hygiène et de la préservation sociale. L'hygiène mentale est devenue une des branches, et des plus fécondes, de votre activité. Et je n'ai pas besoin d'insister sur l'intérêt tout particulier que présentent pour la meilleure protection de la santé publique, des institutions comme celles que vous avez, ou que vous allez visiter, la clinique psychiatrique du professeur Raviart, à Lille, le Service de prophylaxie mentale du docteur Toulouse, le service ouvert de l'enseignement psychiatrique de l'Université de Paris du professeur Henri Claude, le Service ouvert du département du Loiret, dirigé par le docteur Rayneau.

Et faut-il ajouter que les bénéficiaires des dispensaires et des consultations de prophylaxie mentale, de tous les Services qui ont pour objet, grâce à une analyse méthodique et systématique des fonctions mentales, de dépister les germes des maladies évitables, d'assurer la meilleure orientation

professionnelle, sont surtout les ouvriers, les employés, les travailleurs de toute nature, auprès de qui votre intervention est particulièrement bienfaisante.

Et cette considération semble de nature à augmenter encore, s'il était nécessaire, l'intérêt que porte à vos travaux le ministre du Travail et de l'Hygiène, dont c'est précisément la fonction de se pencher sur le labeur des humbles, afin de leur assurer une protection de plus en plus efficace.

Au nom de M. Durafour, ministre du Travail et de l'Hygiène, je salue les personnalités éminentes qui sont venues participer au vingt-neuvième Congrès de médecine neurologique et psychiatrique de langue française, je souhaite à ce Congrès le plus vif succès, et je serai auprès de M. le ministre l'interprète convaincu des vœux et des suggestions qui sortiront de vos travaux.

M. le Professeur Henri CLAUDE, de la Faculté de Médecine de Paris. Délégué de M. le Ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU CONGRÈS,
MESDAMES, MESSSIEURS,

En me faisant l'honneur de me désigner pour le représenter au 29[e] Congrès des Aliénistes et des Neurologues, M. le Ministre de l'Instruction Publique a voulu vous assurer du très grand intérêt qu'il prend à vos travaux. A aucune période l'attention des Pouvoirs Publics n'a été attirée autant que dans ces derniers temps, et particulièrement en cette semaine, sur l'importance qu'on doit attacher de plus en plus aux questions concernant la neuro-psychiatrie. La nécessité de prendre en considération les progrès réalisés par ces études dans tous les domaines de l'activité sociale n'échappe plus aux esprits cultivés, aussi serait-il souhaitable que la diffusion des notions indispensables de neurologie et de psychiatrie soit un fait accompli dans tous les milieux. Permettez-moi, puisqu'il m'est permis de parler au nom de l'enseignement, d'espérer que l'importance de vos travaux impose cette vérité définitivement et que nous arrivions à convaincre tous les jeunes médecins que la Neuro-Psychiatrie n'est pas en dehors des cadres de la médecine pratique.

M. le Médecin Principal Jude, Professeur à l'Ecole d'Application du Service de Santé Militaire, délégué de M. le Ministre de la Guerre.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

M. le Ministre de la Guerre, pénétré de l'importance que présentent les questions qui vont être traitées au XXIX° Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Langue Française, m'a fait le très grand honneur de me désigner pour le représenter auprès de vous tout en prenant part à vos travaux.

Il sait combien vastes et captivants sont les problèmes qui s'offrent à nous, qu'ils soient d'un point de vue purement scientifique, ou qu'ils aient pour objectif l'amélioration constante des organisations actuelles.

Il connait les importants services que vous avez rendus pendant la guerre dans les diverses unités sanitaires, aussi bien dans la zone des armées qu'à l'intérieur, en triant, en traitant, en guérissant dans la proportion de plus des deux tiers, les malades si complexes, si délicats à manier qui vous étaient confiés.

Ces services ne se sont pas arrêtés avec la fin des hostilités puisque la lourde liquidation du passé n'est point encore terminée. Et à cette occasion qu'il me soit permis de remercier encore nos confrères civils du concours dévoué, de l'étroite collaboration qu'ils nous ont apportés et nous continuent encore chaque jour, montrant, une fois de plus, qu'il n'y a pas une médecine civile et une médecine militaire mais une médecine unique n'ayant comme but que l'étude de la maladie et le soulagement de la souffrance.

Ce ne sont pas seulement vos travaux sur le traitement des maladies nerveuses et mentales qui intéressent tout particulièrement le département de la guerre.

La belle croisade que vous avez entreprise pour la prophylaxie et l'hygiène mentales, est pour nous d'un intérêt capital car nos armées pourvues d'un outillage de plus en plus complexe, ont besoin d'hommes possédant non seulement une aptitude physique suffisante, mais une intégrité nerveuse et psychique absolues.

Espérons, Messieurs, que ces générations saines de corps et d'esprit, tout en se préparant à défendre la Patrie si elle

était injustement attaquée, pourront exclusivement employer leur énergie, leur activité psychique, donner tout leur rendement, aux œuvres de reconstitution et de réparation, aux œuvres de cette Paix dont notre pays si durement éprouvé souhaite ardemment la continuation et le maintien.

M. le Médecin Principal de la Marine HESNARD, Professeur à l'Ecole Navale, délégué de M. le Ministre de la Marine.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESSIEURS,

Pour la représenter au XXIX[e] Congrès des aliénistes et neurologistes, la Marine a délégué cette année deux de ses spécialistes-experts, mon camarade le D[r] Charpentier et moi. Chacun de vos Congrès est, pour notre petit corps de neuro-psychiatres maritimes, une occasion exceptionnelle de se rapprocher de ceux de nos Maîtres et de nos collègues qui nous procurent les enseignements et documents indispensables pour mener à bien notre tâche isolée, parfois ingrate.

Dans notre principal service de neuro-psychiâtrie, le centre de Toulon, que je viens de quitter, je me suis maintes fois trouvé devant les problèmes (cliniques et médico-légaux) les plus ardus et les plus graves de conséquences qui puissent être posés à un psychiatre et à un médecin militaire : Non seulement les cas les plus épineux de la Clinique nerveuse et mentale y étaient sans cesse offerts à mon diagnostic et à mon action thérapeuthique. Mais encore les questions essentielles relatives à la Sauvegarde financière du Pays, à la Responsabilité pénale, à la Liberté morale individuelle, y étaient presque quotidiennement soulevées. Et il me fallait constamment faire appel à toute mon expérience scientifique pour prendre, sans inquiéter ma conscience professionnelle, les décisions adéquates.

Eh bien, laissez-moi vous rappeler, Messieurs, que cette expérience scientifique, qui nous est indispensable dans notre tâche maritime, c'est à vous tous que nous la devons, et tout particulièrement à ceux de nos Maîtres parisiens du Congrès, dont les services nous sont si largement et si cordialement ouverts : pour ne citer que quelques noms de prédilection : les Professeurs Claude, Guillain, Sicard, Laignel-Lavastine,

les docteurs Séglas, Toulouse, Antheaume, Colin, de Clérambault, Logre... et bien d'autres, comme jadis, Ballet, Dupré et Chaslin.

J'ajoute personnellement que vous avez bien voulu me confier, il y a deux ans, votre rapport de Psychiatrie. Et je m'en voudrais de ne pas dire à votre président, le Dr Anglade — puisque l'occasion particulièrement favorable s'en présente aujourd'hui — toute l'affectueuse reconnaissance que je lui garde de l'accueil aussi grave que désintéressé, aussi cordial que spontané, qu'il a sans cesse ménagé, dans son laboratoire et ses beaux services cliniques de Château-Picon, à moi d'abord (son élève et ami), à mes collègues et élèves de l'Ecole de Bordeaux, ensuite, à qui il a toujours prodigué les ressources exceptionnellement précieuses de sa vaste érudition clinique et anatomo-pathologique.

Messieurs, jusqu'à présent, ceux de vos Congrès auxquels j'ai eu l'heureuse fortune de prendre part, nous transportaient pittoresquement, de la Bretagne à la Belgique, vers des lieux de tourisme, où l'intérêt scientifique des séances se trouvait comme renforcé d'une manière d'allégresse de praticien en vacances.

Cette année, vous avez voulu autre chose ; vous avez voulu que ce fut le Congrès des provinciaux ! Venus du fond des ports de guerre, et même (comme moi) d'un croiseur en partance pour l'Extrême-Orient, nous y retrouverons, comme tous nos collègues des asiles, l'ivresse moins saine peut-être mais plus finement intellectuelle de respirer Paris ! Plaisir dont tous les exils, quels qu'ils soient, ne font qu'exaspérer le besoin. Et celui-ci, vous le savez, sommeille au cœur de tout psychiatre, lorsqu'il est bien né et qu'il sait tout ce qu'il doit à *la Ville*, qui est aussi la ville de sa spécialité !

M. le Médecin-Major CASANOVE, du Service de Santé des Troupes Coloniales, délégué de M. le Ministre des Colonies.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESSIEURS LES CONGRESSISTES,

Je viens encore représenter auprès de vous, avec mon camarade Augagneur, le Ministre des Colonies, le Médecin-Inspecteur Général du Service de Santé du Ministère des Colonies, et le Corps de Santé Colonial.

Nous vous apportons leurs salutations les plus cordiales et leurs meilleurs vœux pour la réussite pleine et entière du Congrès.

Dr Glorieux, Inspecteur Général des Etablissements pour enfants anormaux et malades mentaux de Belgique.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

C'est pour moi un grand honneur et en même temps une grande satisfaction d'apporter, au nom de mon gouvernement, le salut et les vœux de la Belgique aux membres du 29e Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

La petite Belgique est toujours heureuse et fière de se trouver aux côtés de sa grande sœur, la France bien-aimée !

Il existe, en effet, entre nos deux pays, une affinité si étroite, une telle communion d'idées et de pensées, une même communauté d'aspiration et de sentiment, que la Nature elle-même, qui sépare habituellement les peuples par des barrières naturelles presque infranchissables, s'est refusée d'établir une frontière entre la France et la Belgique.

Nous sommes en France sans le savoir, comme vous entrez en Belgique sans vous en apercevoir : nous sommes à Paris chez nous, comme vous étiez chez vous à Bruxelles, l'an dernier, au Congrès.

Hier, pendant la grande tourmente mondiale, Belges et Français combattaient ensemble le bon combat pour le triomphe du Droit et de la Justice, de l'Honneur et de la Liberté.

Aujourd'hui, pendant la trêve des combats sanglants, nous livrons des batailles pacifiques pour la Conquête de la Science et de la Vérité, avec l'espoir que, demain, nos travaux et discussions scientifiques procureront à la pauvre Humanité un peu moins de souffrance et un peu plus de bonheur.

Le 29e Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue frnçaise s'ouvre cette année sous des auspices particulièrement favorables.

En tenant ses assises à Paris, Ville de lumière et de progrès, au lendemain des fêtes commémoratives du Centenaire de Charcot, dans cette atmosphère parisienne encore toute imprégnée et illuminée du souvenir glorieux de l'illustre fon-

dateur de la Science neurologique, le Congrès a voulu associer ses hommages à ceux des Sociétés savantes, venues des 4 coins de l'Europe et des pays d'outre-mer, et commémorer dans un même élan d'admiration les grandes figures médicales de cette mémorable époque, contemporaine de Charcot.

Permettez-moi, Mesdames et Messieurs, de saisir cette circonstance pour saluer respectueusement, au nom de mes collègues de Belgique, la mémoire de cette pléiade de savants illustres — les Pinel, Duchenne de Boulogne, Charcot, Vulpian, Joffroy, Magnan..., pour ne citer que les aînés — qui tous ont contribué à élever ce monument de la Science neuropsychiatrique qui fait l'honneur de l'Ecole française et l'admiration de l'Etranger.

Tous ces morts illustres revivent aujourd'hui dans une nouvelle génération de savants, pleins de vie et d'enthousiasme, dignes de leurs devanciers, fidèles aux traditions de la Science française, si claire et si précise, si méthodique et si accueillante, qu'elle attire irrésistiblement dans son sillon lumineux tous les travailleurs : le médecin qui n'a pas passé par Paris n'a pas reçu le baptême scientifique !

Mesdames et Messieurs, je ne citerai aucun nom de ceux qui appartiennent à cette phalange d'élite — leurs noms, connus de tous, sont inscrits en vedette dans nos traités et revues scientifiques.

A tous, j'apporte, au nom de mes confrères belges, l'expression de notre reconnaissante admiration, et pour tous je forme les vœux les plus sincèrement affectueux.

Puissent-ils porter longtemps, haut et ferme, le drapeau de la Science française !

Puissent-ils voir le succès couronner leurs nobles efforts !

Puissent-ils, dans les luttes et les tempêtes sur l'Océan de la Vie, se sentir encouragés et soutenus par la suggestive devise de la Ville de Paris :

« *Fluctuat nec mergitur.* »

Dr Albert Hansen, Médecin de la Maison de Santé d'Ettelbrück, Délégué du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg :

Au nom du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, je salue le 29e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française,

Qu'il me soit permis d'exprimer toute l'émotion et la fierté que j'éprouve à séjourner quelques jours au milieu du peuple français, relié par tant de liens de sympathie au Grand-Duché de Luxembourg, de vous dire combien je suis heureux d'assister aux réunions intimes d'une société de si éminents savants et de pouvoir profiter des fruits du génie de la race latine. Je forme les meilleurs vœux pour le plein succès du congrès.

Dr Donald Ross, Délégué de l'Association Médico-Psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande :

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Je suis très heureux et aussi bien fier de la mission que m'ont confié mes confrères, les membres et le conseil général de la Société Médico-Psychologique de la Grande-Bretagne (Medico-Psychological Association of Great Britain et Ireland), c'est de vous présenter leurs salutations et félicitations les plus cordiales et chaleureuses, et de les représenter aux célébrations du centenaire de Jean-Martin Charcot, rendre hommage à la mémoire de ce géant de la science médicale.

Je désire aussi vous dire que je suis bien content de me retrouver parmi vous.

En 1922, j'ai eu l'honneur d'assister, avec mes collègues M. le Prof. Robertson et M. le Docteur Bond, d'assister aux célébrations de la Thèse de Bayle.

Je tiendrai toujours le souvenir agréable de l'hospitalité et de l'accueil si aimables que nous avons reçus. Je suis très heureux de rentrer à la belle France que j'aime tellement, et de vous apporter ces salutations de vos confrères d'outre-Manche.

Dr Albert Bertrand, Attaché à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, à Montréal, Délégué de la Province de Québec (Canada).

J'apporte à la France, généreuse et hospitalière, les hommages de la province de Québec et des médecins aliénistes canadiens-français.

Je suis heureux de me joindre à cette phalange de savants venus de partout pour proclamer que l'école médicale française est sans rivale, que son enseignement est universellement connu et apprécié, et que nous sommes fiers d'y appartenir.

Nous avons eu, au Canada, le grand honneur, l'immense avantage de recevoir et d'entendre des maîtres tels que : MM. Achard, Ombredanne, Pinard, Lostou, Augent, Pautrier, Rigeon et quelques autres.

J'ose espérer que, dans un avenir rapproché, vous aussi vous viendrez chez nous, nous faire bénéficier de votre haute compétence.

Monsieur le Président, au nom des aliénistes canadiens-français, je vous remercie bien sincèrement du grand honneur que vous nous faites en nous invitant à ce Congrès. Je vous prie de croire que nous y sommes très sensibles et que nous apprécions le geste à sa pleine valeur.

Dr Legrand, délégué de la Société de Neurologie de Québec (Canada) :

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Comme représentant de la Province de Québec, je vous apporte le salut fraternel et cordial des neurologistes canadiens. Le corps médical de la Province de Québec vit de la vie intellectuelle que la France lui a donnée. Votre langue est la nôtre. Tout votre enseignement nous est familier et infiniment précieux. C'est auprès de vous que nous venons chercher, pour la plupart, les connaissances nécessaires pour perpétuer l'idée française au Canada. Nous désirons votre culture. Notre avenir intellectuel est intimement lié au vôtre. Le jour où l'on voudrait vous renier, nous signerions notre propre condamnation. Aussi, nous vous serons toujours reconnaissants de la générosité avec laquelle vous nous prodiguez votre enseignement.

Au nom de mes confrères canadiens, laissez-moi vous témoigner ma plus sincère sympathie et formuler les meilleurs vœux de succès pour ce Congrès.

M. le Professeur Aug. WIMMER, délégué de l'Université de Copenhague (Danemark) :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES ET MESSIEURS,

Je viens de nouveau vous présenter les souhaits les plus chaleureux de la part de l'Université de Copenhague pour le succès de votre Congrès.

Du reste, c'est superflu. Le succès de vos Congrès est depuis de longues années un fait accompli. Cela est dû, à mon avis, à deux points fondamentaux de votre programme.

Premièrement, vos Congrès ne sont pas seulement des réunions de savants. Ce sont aussi des rendez-vous des aimables et charmants confrères. Nous passons, à ces Congrès, des heures d'une délicieuse intimité médicale, dont le profit intellectuel et sentimental n'est pas inférieur à celui des séances purement scientifiques.

Deuxièmement, le succès de vos Congrès me semble dû au fait que vous avez conservé dans votre programme l'heureuse réunion de la psychiatrie et de la neurologie.

De raisons purement pratiques, on est bien obligé de *traiter* les aliénés et les cas neurologiques séparément. Mais, au point de vue de l'*étude scientifique* de tous ces cas de *maladies de l'axe cérébro-spinal,* la distinction nette est tout à fait impossible à faire. Le plus souvent, il y a enchevêtrement intime des troubles mentaux et des signes neurologiques ou végétativo-sympathiques. De là, la nécessité pour l'aliéniste de penser toujours en neurologiste aussi. De là l'impossibilité pour le neurologiste de se passer des connaissances étendues des formes si variées des troubles mentaux. Que je cite seulement l'hystérie, les troubles aphasiques !

En restant fidèles à votre programme de l'unité scientifique de la psychiatrie et de la neurologie, vous aurez garanti le succès futur de vos Congrès.

M. le Professeur SIMONENA, délégué de l'Université de Madrid (Espagne) :

MESSIEURS,

J'ai l'honneur de me lever au nom de l'Espagne, et particulièrement au nom des psychiatres de mon pays, à cette

séance de l'illustre Société psychiatrique de Paris, non pas seulement pour vous dire la cordialité de nos sentiments envers nos collègues de la France, mais aussi et spécialement pour vous exprimer la gratitude que la Psychiatrie espagnole garde et gardera toujours à la Psychiatrie française.

Je peux bien affirmer, sans crainte d'être démenti, que les aliénistes français ont été, dans le dernier siècle, presque les seuls maîtres des médecins espagnols, qui par leurs charges ont dû s'occuper des maladies mentales. Je ne veux pas apporter les preuves de mon affirmation pour ne pas allonger mon adresse à ce Congrès, et pour ne pas retarder plus longtemps le plaisir d'écouter le discours de notre Président, mais je puis vous assurer que mon affirmation est entièrement d'accord avec les faits.

A cette occasion, si mémorable pour la Psychiatrie française, c'est un acte de justice et de reconnaissance que de le proclamer.

M. le Professeur Belarmino Rodriguez Arias, de Barcelone, délégué de l'Association espagnole de Neuro-Psychiatrie:

Au nom de mes collègues et amis, les docteurs W. Lopez Albo (de Bilbao) et Emile Mira (de Barcelone), qui ont été délégués, ainsi que moi, pour représenter l' « Association espagnole de Neuropsychiatres » et la « Société de Psychiatrie et de Neurologie de Barcelone » aux séances du Centenaire Charcot et au Congrès que nous inaugurons en ce moment-ci, je prends la parole et je vous adresse les salutations les plus cordiales de tous nos confrères espagnols, qui sont toujours contents de venir en France et de participer à vos réunions scientifiques.

Sans doute, je n'aurais rien à ajouter aux phrases que vient de prononcer M. le Professeur A. Simonena (de Madrid), le délégué officiel de notre pays, mais il me semble, quand même, que je dois vous remercier, encore une fois, de votre accueil, si chaleureux, si touchant. C'est en venant d'une façon systématique chez vous — comme je le fais, par exemple — qu'on arrive à comprendre bien le fond de votre esprit, si fin, et la valeur de vos savants.

M. le Professeur Louis Poussep, délégué de l'Université de Dorpat (Esthonie), prononce une allocution très applaudie.

Dr Van der Scheer, Président de la Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie, Santpoort, Hollande :

Comme représentant de la Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie, j'ai pour mission de vous apporter les vœux chaleureux des médecins aliénistes et neurologistes hollandais, pour la réussite de votre Congrès. Pour la première fois après la guerre, l'année dernière, notre Société se fit représenter officiellement par le Dr Westerhuis et moimême.

Nous avons été accueillis avec la cordialité la plus charmante.

L'impression que laissa cet accueil fut profonde.

Les relations de bonne amitié qui s'établirent aussitôt, mais surtout les séances, dont nous sommes revenus vivement impressionnés des hautes aspirations scientifiques dont témoignaient vos rapports, vos communications et vos discussions, nous rendirent plus conscients de l'utilité d'une réunion scientifique intime avec nos confrères aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Qu'il me soit permis de renouveler, au nom de ma Société et de mes compatriotes présents à ce Congrès, l'expression de notre vif intérêt à vos travaux et l'assurance de notre plus effective sympathie.

M. le Professeur Arturo Donaggio, Directeur de la Clinique neurologique de la R. Université de Modène ; Représentant officiel de la « Società italiana di Neurologia ».

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur de présenter l'hommage et l'adhésion de la « *Società italiana di Neurologia* » à ce Congrès, qui rentre dans l'importante série des manifestations qu'on attribue à la mémoire de J.-M. Charcot.

La neuro-psychiatrie italienne a toujours honoré l'œuvre de J.-M. Charcot. La tradition même la conduisait à cette acceptation, à cette admiration de l'œuvre anatomo-clinique que J.-M. Charcot poursuivait dans son effort génial et créateur. Dans le temps, un médecin italien avait perçu la nécessité pour la clinique d'une connaissance précise des lésions

des organes : c'était Morgagni, l'auteur bien connu de l'œuvre classique : « De sedibus et causis morborum ».

Mais l'anatomie pathologique du système nerveux était encore très peu connue, quand J.-M. Charcot, dans cette glorieuse Salpêtrière, dans ce petit laboratoire dont M. Guillain nous a donné hier une image si touchante, parvenait à découvrir toute une série de nouvelles données, qui ont éclairci d'une vive lumière un si grand nombre de problèmes, et ont ouvert des nouveaux horizons à la Neurologie. Pourtant, affirmer que la neuro-psychiatrie italienne a tout de suite admiré l'œuvre de J.-M. Charcot, a reconnu l'importance fondamentale de la méthode anatomo-clinique, a honoré le génie de ce grand clinicien, c'est constater un fait des plus évidents.

Qu'il me soit permis, Messieurs, de rappeler un épisode de la vie de Charcot, qui a trait à un de ses voyages en Italie. Pendant la visite de J.-M. Charcot à l'Institut psychiatrique de Reggio Emilia — cet Institut où entre autres est née la méthode de Marchi — un homme du peuple, un malade tranquille, insista pour adresser un mot au grand savant français. On le contenta : il lui dit dans son patois : « Monsieur le professeur, je vous connais ; et je vous le démontre : votre nom est composé comme ça..... ». Et il prononça, lentement, d'une façon solennelle, l'une après l'autre les lettres qui composent le nom du grand neurologiste. Cet homme du peuple, avec ce petit essai de connaissance orthographique, pour lui assez compliqué, d'un nom étranger, avait voulu documenter son admiration profonde. Charcot resta ému ; voulut serrer la main de cet humble admirateur, de ce malade qui avait imprimé dans son âme l'image d'un nom en suivant l'intuition de ce que ce nom représentait pour la science et pour l'humanité. Et il se peut que dans ce moment à l'esprit ému de J.-M. Charcot se soit présenté cette pensée : qu'à côté de l'admiration des savants il y a quelque chose qui n'est pas moins touchant, c'est-à-dire l'admiration fraîche, ingénue, reconnaissante du peuple.

Messieurs, notre hommage à J.-M. Charcot est aussi un hommage à la France. On dit que la science est internationale. Certainement la science est internationale dans ses résultats. Mais dans la science, comme dans l'art, on retrouve un élément fondamental, ce que les latins appelaient la *forma mentis* : la science, comme l'art, est l'expression la plus complète, la plus sincère, la plus représentative de l'esprit

national. C'est pourquoi, Messieurs, en célébrant l'œuvre limpide, claire, harmonieuse, je dirais même architectonique, de J.-M. Charcot, nous célébrons l'expression précise et noble de l'esprit français, nous célébrons la grande nation française.

M. le Professeur G.-H. Monrad-Krohn, délégué du gouvernement norvégien :

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Au nom du gouvernement norvégien, j'ai l'honneur de saluer le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

On ne peut pas, il me semble, trop souligner l'importance d'une coopération étroite entre la psychiatrie et la neurologie. Il est regrettable que ces deux disciplines sœurs se soient trop séparées l'une de l'autre.

On objectera que la différence des méthodes, la différence de la technique nécessite une telle séparation des deux disciplines. Je ne veux aucunement nier que les méthodes de la psychiatrie proprement dite ne soient différentes de celles de la neurologie, de même que dans chacune des deux disciplines les différentes questions nous imposent des différentes méthodes. Car dans toute notre science *chaque problème a ses méthodes.*

Mais quoique les méthodes soient différentes, le *système nerveux reste néanmoins une unité, qu'aucune méthode ne peut couper en deux.* Et combien de cas ne présentent pas à la fois des problèmes psychiatriques et des problèmes neurologiques ? (A savoir, la paralysie générale, l'hystérie et les autres psychonévroses, les aphasies, etc.).

Les neurologistes et les aliénistes ne se sont-ils pas renfermés trop jalousement dans leur spécialité ?

A mon avis, il faut que la neurologie utilise un peu plus les méthodes psychologiques et que la psychiatrie s'occupe un peu plus des méthodes neurologiques. En d'autres mots, il faut que le neurologiste devienne un peu plus aliéniste, et que l'aliéniste devienne un peu plus neurologiste. Est-ce possible ?

Certainement. L'histoire de la médecine nous en donne l'épreuve. Combien d'observations neurologiques ne sont-elles

pas faites par des aliénistes et vice-versa. Il ne faut que citer le nom de Foville entre maints autres noms moins connus.

Donc il y a des hommes qui ont fait œuvre utile et dans la psychiatrie et dans la neurologie. Mais encore ce ne sont là que des exceptions. Il faut que l'exception devienne la règle.

Il est vrai que les deux disciplines sont très vastes, l'une et l'autre, et que l'instrument humain a ses limites. Aussi y aura-t-il toujours des aliénistes et des neurologistes. Mais que la coopération entre les deux groupes devienne de plus en plus intime, c'est cela qu'il faut surtout souhaiter. C'est là aussi un des buts principaux de ces congrès, — un but qui est en train d'être réalisé grâce aux efforts des membres actifs des congrès précédents et de la presse neuro-psychiatrique.

Permettez-moi d'exprimer mes vœux les plus sincères pour le succès du Congrès. Qu'il confirme la fraternité des aliénistes et neurologistes !

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. le Professeur Orzekowski, de l'Université de Varsovie, délégué de la Pologne, qui, retenu par son état de santé, exprime ses regrets de ne pouvoir, cette année, venir participer aux travaux du Congrès.

M. le Professeur Sobral Cid, de l'Université de Lisbonne, délégué de la Faculté de médecine, en quelques paroles émues, apporte au Congrès les vœux des médecins portugais, et l'expression de l'intérêt avec lequel ils suivront les travaux de la XXIXe Session.

M. le Professeur Marinesco, délégué de l'Université de Bucarest (Roumanie) :

Deux hommes de génie ont présidé à la destinée de la Psychiatrie et de la Neurologie, ce sont : Pinel et Charcot. Le premier, en détachant les bras des pauvres aliénés de chaînes que l'ignorance avait serrées avec violence, a proclamé que le fou est un malade malheureux et non pas un criminel, et que le devoir du psychiatre est de le soigner avec du dévouement. Le second, Charcot, a dissipé les ténèbres qui planaient sur la Neurologie et a créé ainsi cette science admirable qui

a réalisé, grâce à lui et à ses élèves, des progrès immenses. Les fêtes commémoratives célébrées par la Société de Neurologie, l'Académie de Médecine et la Sorbonne et qui viennent de prendre fin, ont consacré définitivement la gloire et le génie de Charcot.

La postérité reconnaissante a immortalisé en bronze les figures de ces deux héros de la médecine. Les statues de Pinel et Charcot, placées à l'entrée de cette vaste bâtisse qu'est la Salpêtrière sont de véritables symboles du penser psychiatrique et du penser neurologique ; elles sont les gardiens fidèles de la Neuro-psychiatrie française. Je me figure que la nuit, lorsqu'il fait clair de lune et que l'antique maison de la Salpêtrière est plongée dans le silence, les deux grands hommes échangent des idées et se parlent comme deux vieux amis. Ils doivent constater avec une satisfaction doublée d'une émotion légitime la marche victorieuse des Sciences dont ils ont été les initiateurs.

C'est précisément en suivant l'exemple admirable de ces illustres prédécesseurs que les Neurologistes et les Aliénistes français, avec le concours de leurs collègues étrangers amis de la France, travaillent dans ce congrès pour le plus grand bien de la science et de l'humanité. Animé de sentiments inaltérables de reconnaissance pour la France, d'admiration pour Charcot, dont j'ai été l'élève, et de vive sympathie pour mes confrères les neurologistes et les aliénistes français et étrangers, je fais, au nom du gouvernement roumain, mes meilleurs vœux pour le succès le plus brillant du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Dr Henry Marcus, Professeur de Neurologie à l'Institut Carolin méd.-chirurg., à Stockholm, délégué de la Faculté de Médecine de Stockholm (Suède) :

Monsieur le Président,

Au nom de la Suède, au nom de la Faculté de médecine de Stockholm, je viens, en reconnaissance de votre invitation, vous apporter nos vœux les meilleurs pour le succès de votre Congrès.

Les relations intellectuelles entre la France et la Suède ont toujours été actives et fécondes. Je n'en citerai pour preuve qu'un exemple.

Un philosophe de génie, instaurateur des méthodes de la science moderne, dont les lumineuses spéculations sur le fonctionnement nerveux et psychique de l'homme en font comme le précurseur de notre neuro-psychiatrie, *René Descartes,* né en France et mort sur la terre de Suède, a été l'objet d'un hommage, unique au monde, que je rappelle à vos mémoires. C'est lui, qu'un navire suédois, conduit par un amiral de notre flotte, alla chercher et attendit dans un port.

Ainsi, les grandes œuvres de la paix prirent le pas sur les nécessités de la guerre.

Puisse ce symbole des relations pacifiques et intellectuelles entre nos deux pays être un gage pour l'avenir de nos rapports, et heureux pour nos travaux communs pour le soulagement de l'humanité souffrante.

M. A. Repond, de Malevoz, Monthey, Valais (Suisse), Délégué de la Société suisse de Psychiatrie :

J'ai l'honneur de vous apporter les messages confraternels des aliénistes suisses. Le nombre de ces derniers qui se font un agréable devoir de prendre part aux travaux de ce Congrès croît chaque année. De même, plusieurs de nos collègues français veulent bien, et de plus en plus souvent, assister aux réunions de la Société suisse de Psychiatrie. Nous leur sommes très reconnaissants de leur sympathie et de l'intérêt qu'ils montrent pour les modestes progrès réalisés par la psychiatrie suisse au cours des deux dernières décades.

Vous avez bien voulu vous rendre à notre invitation de tenir vos assises, l'année prochaine, dans notre pays. Vous nous avez donné par là une marque de sympathie infiniment précieuse, d'autant plus que la barrière d'un change défavorable était de nature à faire hésiter beaucoup. J'espère cependant vivement que cet obstacle ne sera infranchissable pour personne et que vous aurez l'occasion de vous rendre compte qu'on en a exagéré l'importance. Nous nous appliquerons de notre côté à en diminuer les inconvénients et à rendre votre séjour en Suisse aussi agréable et instructif que possible.

J'exprime donc l'espoir que les Aliénistes et Neurologistes français voudront bien se rendre nombreux à notre appel : ils nous donneront ainsi l'occasion de leur montrer notre sincère amitié, ainsi que le profond attachement que nous

éprouvons tous pour le grand pays dont nous sommes aujourd'hui les hôtes et de la culture duquel nous sommes fiers de pouvoir nous dire aussi les enfants.

M. le Professeur Schnyder (de Berne), délégué de la Société suisse de Neurologie :

Monsieur le Président, Messieurs,

La Société Suisse de Neurologie m'a fait un très grand honneur en me chargeant de la représenter au Congrès de Paris, auquel les fêtes commémoratives de Charcot viennent donner un éclat particulier. En même temps que ses vœux sincères pour le succès de la présente session, elle vous exprime sa joie de collaborer avec la Société suisse de Psychiatrie à l'organisation de la session de 1926 qui, nous l'espérons, se tiendra en Suisse. Sans doute, nous ne pourrons vous offrir la somptuosité du cadre dans lequel va se dérouler ce Congrès, mais il y a une chose dont vous pouvez être assurés : vous serez reçus en Suisse avec une franche cordialité et des sentiments d'amitié que les graves événements des dernières années n'ont pu que rendre plus vivaces.

M. le Professeur Ladislas Hascovec (de Prague), délégué officiel du gouvernement tchécoslovaque :

Messieurs,

J'ai l'honneur de saluer le Congrès des aliénistes et des neurologistes français et de la langue française, avec mon honoré collègue le professeur Heveroch, au nom du ministère de l'instruction publique tchécoslovaque et des universités tchécoslovaques, et je transmets aux collègues français les salutations cordiales de ceux de la Tchécoslovaquie.

C'est une amitié bien vieille qui unit les aliénistes et les neurologistes français avec les aliénistes tchécoslovaques.

Nous avons toujours admiré l'œuvre et les succès que la science française a obtenu dans le domaine de la psychiatrie et de la neurologie.

C'est avec un vif intérêt que nous observons vos nouveaux efforts dans la prophylaxie des maladies mentales, et nous avons salué avec joie la fondation de la ligue contre les maladies mentales.

Nous suivons de même, depuis longtemps, tous ces efforts prophylactiques, et nous avons tourné nos regards en premier lieu vers l'étude eugénique, l'étude qui, du reste, commencée par l'étude de l'hérédité pathologique par les maîtres français, a été appliquée avec succès par les maîtres anglais dans la prophylaxie sociale.

L'étude eugénique, j'estime, doit être rangée à côté de nos études anatomocliniques et de ceux de la thérapeutique personnelle.

J'estime que c'est aussi le devoir de nos congrès de chercher et de montrer tous les moyens accessibles pour prévenir les maladies congénitales, en tant qu'il est possible, et d'organiser par suite plus efficacement qu'aujourd'hui l'éducation eugénique du peuple, ce qu'exigent la santé morale et physique de la nation et la sécurité de nos patries, liées dans la défense commune pour garantir la paix et le bien-être de notre culture et de notre civilisation.

Je souhaite au congrès tout le succès.

M. le Dr Anglade (de Bordeaux), Président de la XXIXe Session.

L'Interdépendance des Grandes fonctions du Système nerveux et la Médecine neuro-psychiatrique

Rassurez-vous, je ne vais pas me livrer à une dissertation philosophique, ni raisonner le problème biologique de la conscience, ni même, ce qui pourtant serait bien de nature à me tenter, m'appesantir sur la psycho-physiologie du langage, de la sensibilité, du mouvement, de l'équilibration, de l'orientation, de la coordination. J'évoquerai, du mécanisme de ces fonctions, ce qui est universellement admis, tout juste assez pour appuyer ce que je veux soutenir et qui peut se formuler ainsi : il existe entre les fonctions essentielles du système nerveux, notamment entre le psychisme, la sensibilité et la motricité, des rapports si intimes, une interdépendance si avérée, que la perturbation de l'une doit fatalement gêner le fonctionnement des autres. La connaissance et la pratique des unes ne saurait aller sans la connaissance et la pratique des autres. Ce qui revient à dire que le neurologue et le psy-

chiatre ne doivent former qu'une seule et même personne. Il ne suffit pas qu'ils se rencontrent une fois l'an dans un Congrès comme celui-ci ; il est nécessaire qu'ils s'instruisent à des sources communes, qu'ils soient mis à même d'observer et de traiter tous les malades du système nerveux, à quelque catégorie qu'ils appartiennent, rassemblés les uns auprès des autres, je ne dis pas tous confondus. Après avoir pris la précaution de vous informer de mes desseins, je demande la permission de rappeler très brièvement, et pour la clarté de mon exposé, quelques données élémentaires.

⁂

A travers les vicissitudes des doctrines psychophysiologiques, il demeure, je crois, incontesté que la vie mentale s'abreuve aux sources de la sensibilité générale et spéciale. La cénesthésie recueille des renseignements sur le jeu des organes du corps, les groupe et les apporte au cerveau par la voie du système nerveux sympathique. L'effet de cette centralisation est le sentiment de la personnalité. Dans l'état normal, celle-ci éprouve une sensation de bien-être et de force qui rebondit sur les viscères dont elle émane pour leur donner, à son tour, une impression de sécurité, gage de leur bon fonctionnement. Il y a donc là un circuit dans lequel passe un courant centripète et centrifuge. La maladie se plaît à y jeter le trouble par offense ou interruption des voies conductrices. On conçoit qu'il en puisse résulter des désordres viscéraux, des troubles de la personnalité, des erreurs de localisation pour les souffrances physiques ou morales éprouvées. C'est toute la cénesthopathologie, avec ses délires de transformation et de négation d'organes, de zoopathie interne, de démonopathie, d'énormité douloureuse, d'immortalité horrible. Mais c'est aussi l'hypocondrie dans tout ce que l'expression a de vague et de significatif à la fois. Elle caractérise bien l'état de ces sujets qui sont en peine pour traduire leurs souffrances, qui donnent l'impression de les exagérer ou de les inventer, se plaignant de l'estomac quand ils devraient s'en prendre au cerveau, et réciproquement. Erreur somme toute excusable, car les médecins la commettent aussi, et cherchent souvent dans le ventre ce qui réside dans la tête.

Ces remarques sur la personnalité, sur ses origines péri-

phériques et viscérales, ses maladies, nous apportent de sérieux arguments en faveur d'une étroite solidarité entre le cerveau qui élabore la notion de personnalité et le système nerveux sympathique qui lui en fournit les éléments.

De même que les sensations viscérales soutiennent la personnalité, les perceptions sensorielles nourrissent la connaissance. Que le ravitaillement se fasse au moyen d'images légères et ténues, s'insinuant à travers les organes pour atteindre le cerveau, comme le pensaient ingénument Démocrite et Epicure ou, poétiquement, Lucrèce ; que les impressions cueillies dans le monde extérieur soient transmises à la corticalité cérébrale par les esprits animaux de Descartes, ou que cette transmission s'opère, comme nous l'admettons aujourd'hui, grâce à l'énergie spécifique des nerfs de la sensibilité, régie par des lois physiologiques, il est certain que le monde extérieur est la source d'approvisionnements en matériaux nécessaires pour la création de la pensée et la construction du raisonnement. La récolte et le transport de ces matériaux s'effectuent par les soins des organes et des voies sensoriels. C'est dans les relais corticaux de la sensibilité spéciale que s'opèrent l'identification des apports, leur appréciation, leur classement, enfin leur répartition dans les territoires intellectuels, dont les plus importants et les plus authentiques, sinon les seuls, doivent être assurément les lobes frontaux des deux hémisphères et la zone temporale postérieure du cerveau gauche. Ce dernier, à vrai dire, se confond avec l'aire sensorielle du manteau cérébral. L'enregistrement sensoriel peut-il d'ailleurs être autre chose qu'un acte psychique de reconnaissance de la perception ? C'est dans ce sens que l'on doit admettre, avec William James, la superposition, je dirais plus volontiers la collaboration, des centres corticaux, de la sensation et de l'imagination (1).

Comment se fait cette répartition ? Est-ce par séries d'images cataloguées et ordonnées, exactement rangées dans leurs compartiments respectifs, bien distincts les uns des autres, véritables « polypiers d'images », comme dit Taine ? Images motrices d'articulation du langage d'un côté, images auditives ou visuelles de l'autre ? Hypothèse bien séduisante assurément, souple, apte à fournir une explication simple des actes psychiques les plus complexes.

---

(1) W. James B. Ch. XIX, 406.

Il fut un temps où la méthode anatomo-clinique parut avoir donné à la doctrine des images une consécration définitive. L'aphasique moteur avait perdu, disait-on, ses images motrices d'articulation, l'aphasique sensoriel ses images verbales, auditives ou visuelles. Les tiroirs de ces images devaient être, pensait-on, situés là précisément où siégeaient les lésions cérébrales correspondantes. A vrai dire, le raisonnement qui consiste, par exemple, à placer les images auditives à la hauteur du tiers moyen de la première circonvolution temporo-occipitale ravagée par l'hémorragie, la néoplasie ou le ramollissement n'est pas à l'abri de toute critique. Tout au plus est-on autorisé à déduire de cette constatation que la voie par laquelle s'effectue le rappel et la mobilisation de ces images est interrompue en ce point. Il est plus légitime de supposer que la compréhension des mots parlés ou écrits exige une convergence d'opérations mentales multiples, rendement de plusieurs territoires cérébraux éloignés les uns des autres, empruntant pour collaborer des voies qui, sous peine d'aphasie sensorielle, doivent demeurer intactes.

Aussi bien, l'atomisme psychologique de Bain et de Taine ne satisfait plus notre esprit. Nous lui préférons le dynamisme de W. James et de Bergson, conception plus large et qui, au lieu de réduire la pensée à une poussière d'images, la rétablit dans sa suprématie d'élément essentiel et irréductible de la vie psychologique. Je vais plus loin, et je dis qu'on ne peut pas parler du langage sans évoquer la pensée à laquelle il est intimement lié. Dans le fait, pour un aphasique, de ne pas comprendre le sens des mots écrits ou parlés, il y a un événement psychopathique qui est la rupture de la synthèse du langage et de la pensée. C'est le divorce entre l'idée et le mot pour l'exprimer. Abandonnée par la parole, ou trahie par elle, la pensée n'est plus entière. On ne peut concevoir l'intégrité de celle-ci là où se montre le désordre, la déformation ou l'arrêt de son expression, car le langage et l'esprit sont, comme le dit Lazarus, cité par Delacroix, deux aspects d'une même vie spirituelle : « Parler et « comprendre supposent l'un et l'autre un discours intérieur « que suscite la parole entendue ; — parler, c'est avant tout « comprendre et se comprendre. Le langage, c'est le travail « toujours répété de l'esprit pour plier les sons à l'expres- « sion des pensées. « Lire sous l'unité du mot la diversité

« des sensations, représenter la totalité d'une situation psy-
« chique par un de ses moments privilégiés choisi pour la
« dénomination, tel est le rôle du langage (1). La pensée, a
« dit un philosophe grec, est une parole dans l'âme, une
« parole de l'âme à elle-même. »

La méconnaissance de ces vérités psychologiques fondamentales n'est pas étrangère, selon moi, aux tribulations que la doctrine des aphasies vient de subir et qui menacent de se prolonger. Enfermée dans le cadre rigide de localisations cérébrales étroites, hâtives, insuffisamment contrôlées, ou vérifiées par des examens microscopiques trop sommaires ; opprimée par la conception simpliste et tyrannique des images sensorielles ou motrices, la vieille doctrine des aphasies qui, longtemps, nous a paru inébranlable, s'effondre et s'émiette. Des neurologistes, d'ailleurs fort avisés, vont proclamant la faillite de la méthode anatomo-clinique, considérée jusqu'à ce jour comme le meilleur artisan de la neurologie. Je lui garde ma confiance, et je demande qu'au lieu de la renier on s'évertue à la mieux appliquer. Pour ne parler que de l'aphasie sensorielle, j'ai l'impression très nette que la clinique n'y a pas recherché la déchéance mentale toujours sous-jacente, que l'anatomie pathologique s'est bornée à prendre en considération les destructions corticales macroscopiques, négligeant les autres, dont l'importance est au moins aussi grande. Cela revient à dire, et c'est bien ce que je veux retenir, que, pour résoudre le problème des aphasies, il faut le secours de toutes nos connaissances en neurologie, psychopathologie et anatomie pathologique. Encore est-il nécessaire d'observer avec, si j'ose dire, du désintéressement. Les faits doivent être des faits indépendants de la pensée de celui qui les récolte. Gardons-nous de les incorporer dans les théories en cours, de les inféoder à ces théories. N'oublions pas les déboires que nous causa celle des images. Entre le fait et son interprétation, il faut laisser une marge suffisante qui n'autorise pas leur confusion.

Et, puisque je viens de parler des aphasies, qu'il me soit permis de dire un mot des hallucinations. Aussi bien, les aphasiques et les hallucinés offrent des traits communs : les premiers ne peuvent pas exprimer leur pensée, ou l'expri-

(1) *Lazarus Dar Leben des Seele*, 113[e] édition, 1885, p. 175. Cité par Delacroix in : *Le langage et la pensée.* — Félix Alcan, éditeur, 1924, pages 14-15-21.

ment de travers, les seconds donnent involontairement l'expression à des pensées que, le plus souvent, ils ne reconnaissent pas pour leur appartenir. Car le phénomène de l'hallucination auditive n'est pas autre chose que la formation inconsciente d'une idée assez forte et assez précise pour exiger sa traduction verbale sous forme de langage intérieur sonore. Le malade ignore tout de cet acte d'indiscipline commis par son propre cerveau. Il se parle à lui-même, presque toujours pour se dire des injures, et ne trouve d'autre explication que celle de la voix étrangère venant du dehors, comme si l'oreille était capable de produire à la fois la pensée et le langage.

Je dois, bien qu'à regret, borner là ces considérations, et je passe à d'autres fonctions du système nerveux, dont la souffrance alarme le psychisme comme la perte du langage déconcerte la pensée.

Voici d'abord les maladies de la sensibilité spéciale et générale. Les affections des organes sensoriels déterminent fréquemment des troubles cérébraux. Pour ne parler que de celui de l'audition, on observe couramment des états neurasthéniques sévères en relation certaine avec cette maladie étrange qu'on nomme l'oto-sclérose, dont on sait surtout qu'elle assourdit les malades et les attriste profondément. Notez que je ne fais pas état des hallucinations de l'ouïe, car je leur dénie, je viens de le dire, tout caractère sensoriel.

Le domaine des maladies dans lesquelles des désordres de l'esprit s'associent à des troubles prédominants de la sensibilité est vaste. Je n'en mentionnerai que quelques-unes : la syringomyélie, où se rencontrent, ainsi que l'ont relevé Pierre Marie et Guillain, des symptômes psychopathiques tels que bouffées délirantes, surexcitation du type maniaque, dépression mélancolique ; les syndromes thalamiques qui s'accompagnent de bouffées délirantes avec agitation motrice, j'en observe un exemple très net ; le tabès, qui est par excellence la maladie des appareils sensitivo-sensoriels. On a pu dire sans exagération que les tabétiques ne sont jamais, du point de vue psychique, des sujets tout à fait normaux. Ils sont enclins à des colères puériles, à des erreurs d'interprétation qui dépassent la mesure de ce qu'on peut accorder à tout malade affligé d'une infirmité chronique et douloureuse. Ce n'est pas un psychiatre, c'est Dieulafoy qui a décrit, dans un livre éminemment classique, la « folie tabétique ».

Ce qui mérite bien ce titre c'est, à mon avis, la subexcitation maniaque survenant au cours d'une ataxie locomotrice et qui se teinte de délire mégalomaniaque absurde. Les choses se passent comme si l'infection syphilitique, concentrée sur les voies sensitivo-sensorielles, ébauchait une offensive contre les territoires intellectuels sans pousser l'attaque à fond, car la cessation de l'état maniaque est la règle ; il en est de même de la mélancolie, de la confusion et même du délire, qui complique assez souvent le tabes.

Ceci s'applique presque trait pour trait à d'autres maladies, qui offrent d'ailleurs quelques ressemblances avec l'ataxie locomotrice, mais dont elles se séparent nettement par l'absence ou la faible importance des troubles de la sensibilité, par des lésions prédominantes dans le système cérébelleux, je veux parler de la maladie de Friedreich et de l'hérédo-ataxie cérébelleuse. Avec l'ataxie statique de Friedreich, on voit coïncider, non seulment toutes les formes du puérilisme mental, de l'euphorie niaise, de l'hébétude, mais en outre des états maniaques ou mélancoliques, des catatonies, des stéréoypies, etc. Dans un cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse que j'ai présenté récemment à la Société de Médecine de Bordeaux, j'ai pu suivre, pendant dix ans, un état mélancolique, assez grave pour motiver l'internement, et qui a, sous mes yeux, cédé le pas à l'ataxie cérébelleuse, actuellement considérable. J'ai retrouvé dans la litttérature médicale des faits analogues. Il est à remarquer d'ailleurs que les maladies du cervelet, en particulier les atrophies précoces de l'organe, sont rarement dépourvues de quelque symptôme de la série psychopathique. Je relève le fait ; je n'en tire aucune conclusion.

Les ataxies m'ont offert une transition entre les maladies de la sensibilité et celles de la motricité, sur lesquelles je veux maintenant jeter un coup d'œil rapide.

⁂

Je néglige à dessein les mouvements réflexes, et aussi les mouvements autochtones, qui sont régis il est vrai par le cerveau, mais sans le concours de ce que nous sommes convenus d'appeler la volonté.

Les mouvements dits automatiques ne le sont devenus que par un dressage, c'est-à-dire après avoir été volontaires ; ils ren-

trent donc dans la catégorie de ces derniers. Les conditions psychologiques essentielles du mouvement volontaire sont remplies lorsqu'il y a représentation de l'acte et le désir de son accomplissement, car toute volition motrice a besoin d'être stimulée par un sentiment de plaisir ou de peine. Je n'en dirai pas plus, car cela suffit pour établir la part prépondérante qui revient au psychisme dans la préparation et l'exécution d'un geste volontaire. Il s'établit, entre la conscience et le mouvement, des rapports si intimes, que le malaise de l'une se prolonge sur l'autre, et réciproquement. Aussi voyons-nous le trouble de l'esprit s'accompagner presque toujours de désordres du mouvement, la stupeur et les stéréotypies, les catatonies se réaliser à la fois dans la sphère psychique et dans la sphère motrice, l'asthénie simple porter en même temps sur l'énergie morale et sur la force musculaire.

Il y a une maladie qui nous offre un bel exemple de ce parallélisme et de cette coïncidence, c'est l'encéphalite épidémique. On sait que la bradykinésie s'y montre communément à titre de complication précoce ou tardive ; il suffit, pour y reconnaître en outre la bradypsychie, de la rechercher comme l'ont fait Mlle Lassalle et Hesnard. On remarque alors que les malades éprouvent de la difficulté à « mouvoir leur pensée » comme à déplacer leurs membres. La caractéristique de leur état, c'est qu'ils ne pensent ou n'agissent qu'au prix d'un effort de volonté sans cesse à renouveler. Ce qui, dans leurs operations cérébrales courantes, mentales ou motrices, avait pris le caractère automatique, l'a reperdu ; d'où la nécessité de nouveaux et incessants appels à l'énergie volontaire. Ils sont, comme le disent Hesnard et Verger, « des condamnés au mouvement volontaire à perpétuité ». Cette régression morbide, qui retire au malade sa spontanéité psychique et motrice acquise par l'éducation et l'habitude, n'est pas ce qu'il y a de moins curieux dans la symptomatologie si diverse de l'encéphalite épidémique. De toutes les maladies, y en a-t-il en vérité qui, plus impérieusement que celle-là, réclament la collaboration du neurologue et du psychiatre ?

Elle n'est pas la seule à offrir une association de troubles psychiques et de troubles moteurs. J'ai signalé que les grandes perturbations mentales s'accompagnent de désordres du mouvement. Qu'il me soit permis de rappeler aussi que les

troubles psychiques compliquent fréquemment les maladies les plus « neurologiques » de la motricité.

Voyons d'abord les paralysies. Il y a une mentalité pathologique des hémiplégiques, des pseudo-bulbaires, des myasthéniques pseudo-paralytiques (Erb et Buzzard), des paraplégiques. Dans la paraplégie spinale infantile de Strümpell, dans la maladie de Little, on enseigne encore qu'il n'y a point de troubles mentaux. Je les y considère comme très fréquents et, en cela, je suis d'accord avec Lorrain, Bourneville et Crouzon, Trénel, pour la maladie de Strümpell ; avec Djérine et Mme Long pour le syndrome de Little, du moins dans sa forme cérébro-spinale.

Je dois une mention spéciale aux paralysies qui surviennent à titre de symptômes des maladies des nerfs périphériques. Ce sont bien, en effet, ces paralysies qui trouvent souvent l'occasion de se rencontrer, chez les polynévritiques, avec des troubles mentaux très importants, caractérisés surtout par de l'amnésie et de la fabulation. Je ne prétends pas mettre ces deux symptômes sur le compte des paralysies périphériques, même en faisant partager leur responsabilité par les troubles coexistants de la sensibilité. Le cerveau n'est pas à l'abri des offenses que subissent les nerfs périphériques et la moelle épinière ; je retiens néanmoins qu'li n'écoute pas avec indifférence la plainte des segments nerveux situés plus bas que lui ; le psychisme s'en émeut et souffre avec eux.

Je pourrais multiplier les exemples de psychomotricité pathologique, et j'omets à dessein la paralysie générale, qui réalise pourtant d'une si éclatante manière la déchéance massive parallèle et progressive des deux plus grandes fonctions du cerveau humain l'intelligence et le mouvement. Mais il est vraiment superflu de plaider, si j'ose dire, la « synthèse neuro-psychiatrique » à propos d'une maladie que les neurologistes et les psychiatres n'ont jamais cessé de se disputer, nous l'avons bien vu à l'occasion du Centenaire de Bayle.

Il n'est pas jusqu'à la sclérose latérale amyotrophique, la maladie de Charcot, qui ne puisse offrir des syndromes psychopathiques : « Pour n'être pas à grand fracas, dit Van « Bogaert, les troubles mentaux de la sclérose latérale amyo- « trophique n'en sont pas moins intéressants ; ils sont « croyons-nous autre chose qu'une réaction accidentelle ; « ils sont liés au processus pathologique même de la mala- « die de Charcot et marchent avec celle-ci. L'involution

« silencieuse du psychisme au cours d'une affection neuro-
« logique systématisée est un fait clinique immédiat et appe-
« lant des recherches anatomiques sur l'extension cérébrale
« des lésions, sur leur chronologie et leur signification. »
Je partage tout à fait la manière de voir de notre distingué collègue et ami belge Van Bogaert et je trouve que la question est ainsi fort bien posée. Négliger les troubles mentaux qui compliquent les maladies neurologiques à lésions anatomiques bien répérées, c'est se désintéresser de la répercussion de ces lésions sur les territoires intellectuels avoisinants ou éloignés, c'est n'être pas curieux de la reconnaissance de ces territoires qui devrait être pourtant le but suprême des investigations neuro-psychiatriques.

Avec moins de fréquence que dans la paralysie, les désordres psychiques s'observent aussi dans les myopathies. Duchenne de Boulogne, avait déjà signalé que l'intelligence pouvait s'y montrer « obscure » c'est son expression. Mondio, Sforza, Tramanti, Sancte de Sanctis Bénedict, Pierre Marie et Guinon, Westphall, Vizioli et combien d'autres ont signalé les insuffisances mentales des myopathiques. Pour les désigner, Joffroy a créé le terme de « myopsychie ». Très récemment, Trétiakoff et Pacheco e Silva ont publié deux cas de troubles mentaux associés à la myopathie primitive. Dans l'un il s'agit d'inertie et d'indifférence sans déficit grave du fonds intellectuel ; dans l'autre d'excitation psycho-motrice avec réactions paranoïaques. Il n'est pas rare de rencontrer, au milieu des symptômes d'une polyomyélite antérieure, des déviations de l'affectivité, des alternatives d'euphorie et de tristesse, de la surémotivité et, dans la forme polyomyélitique de la maladie de Heine-Medin, les troubles mentaux ne manquent presque jamais ; c'est de l'inquiétude, de l'irritabilité, de l'apathie, de l'agitation, du délire.

Les myotonies elles-mêmes, les raideurs musculaires ont, pour ainsi dire, quelque chose de psychopathique puisqu'elles suivent les oscillations de l'état mental. Dans la maladie de Thomsen les sujets se raidissent ou se détendent selon que leur esprit est inquiet ou rassuré, fatigué ou reposé. Et, dans la Tétanie, Frankel-Hochwaert, Schulze, Voss, Lapinsky ont vu des psychopathies hallucinatoires. J'ai à peine besoin de rappeler que les troubles intellectuels occupent une place très importante dans la symptomato-

logie de la maladie de Parkinson et que l'étude de ceux des syndrômes parkinsonniens post-encéphalitiques ou pseudobulbaires est, on ne peut plus d'actualité. Enfin, la débilité mentale est fréquemment associée à la débilité motrice. Dupré en a fort bien fait la remarque.

L'agitation musculaire sous forme de tremblements, de chorée ou d'athétose, de myoclonie et même de tics a coutume de voisiner avec les désordres psychiques. Il en est ainsi dans le parkinsonnisme, dans la maladie de Friedreich, dans la sclérose en plaques. « La plupart des mala-
« des atteints de sclérose multiloculaire que j'ai eu l'occa-
« sion d'observer, dit Charcot, ont présenté un faciès vrai-
« ment particulier : regard vague, incertain, traits expri-
« mant l'hébétude et même la stupeur. A cette expression
« dominante de la physionomie, correspond un affaiblisse-
« ment marqué de la mémoire une lenteur des conceptions.
« Ce qui paraît dominer c'est une sorte d'indifférence pres-
« que stupide à l'égard de toutes choses. » Charcot mentionne en outre la possibilité de voir surgir des idées de grandeur absurdes, des hallucinations terrifiantes — on sait que le diagnostic a pu parfois hésiter entre la sclérose en plaques et la paralysie générale.

Il serait superflu d'insister sur les troubles mentaux qu'on observe dans la chorée chronique d'Huntington. Ils sont constants, précoces et souvent antérieurs à l'agitation musculaire. Ceux des autres formes de chorée sont plus divers, variables comme d'ailleurs les divers symptômes, y compris le degré de dégénérescence qui les accompagne souvent. « Il
« s'agit, disait Brissaud, de sujets incorrects chez lesquels
« l'affaiblissement des idées et des sentiments élémentaires
« peut aboutir à l'insanité morale et à la démence. » Ceci ne s'applique évidemment qu'à des cas graves où l'on peut parler avec Ballet et Joffroy de folie choréique, mais il est certain qu'on entre dans la chorée de Sydenham bénigne, par des troubles du caractère et de l'émotivité ; par de la surexcitation, de l'indocibilité, de la torpeur intellectuelle, des défaillances de la mémoire et de l'attention, tous signes qui risquent d'être mal interprétés jusqu'au jour où ils sont identifiés par l'apparition du désordre des mouvements.

Je passe sur l'athétose et les myoclonies pour arriver aux tics. Je n'étonnerai pas tout le monde ici en déclarant qu'il y a un état mental des tiqueurs. Ils offrent, disait Brissaud,

des « bizarreries, de l'excentricité, bref une tournure « d'esprit qui marque plus ou moins de déséquilibration » ; le tiqueur, dit Henry Meige, est essentiellement « léger, ver- « satile, instable. Il ne sait pas vouloir, il veut trop ou trop « peu, trop vite ou pour trop peu de temps. Les oscillations « de la volonté se traduisent surtout par la faible capacité « de l'attention toujours fugace, papillonnante, éphémère, « indice d'un perpétuel état d'instabilité mentale. »

Il y a un torticolis mental bien vu par Brissaud. Il y a aussi et surtout des associations, des combinaisons, des amalgames des tics avec les idées fixes, les obsessions, les impulsions, les pensées délirantes. On peut soutenir que les tics, tout comme les obsessions, traduisent à leur manière les inquiétudes de la conscience obscure alarmée par des complexes de refoulement.

C'est bien là vraiment un domaine dont l'exploration demande à être faite par le psychiatre en même temps que par le neurologue sans compter que la theurapeutique de la tiquose s'adresse avant tout au psychisme des sujets qui en sont affligés.

En définitive, les désordres ou l'insuffisance de l'esprit apparaissent dans la majeure partie des affections quelque peu graves du système nerveux. Je crois en avoir fait la démonstration, si tant est que cette démonstration eut besoin d'être faite. Néanmoins je veux dire encore quelques mots de l'importance que ces troubles psychiques prennent parfois au cours des maladies qui ne passent cependant pas pour appartenir à la psychiatrie. Il s'agit des miningites et des tumeurs cérébrales.

Je considère comme établi, par des faits anatomo-cliniques irrécusables, dont plusieurs sont venus à ma connaissance, que la méningite tuberculeuse se manifeste quelquefois par du délire de persécution, réellement sinon fortement organisé et bien fait pour égarer le diagnostic, hésitant parce que les signes de la plegmasie des enveloppes cérébrales sont discrets ou absents, que l'évolution est insidieuse et lente. Cette variété clinique correspond à la méningite en foyers, non folliculaire mais très bacillaire, sorte de méningo-encéphalite localisée qui peut déterminer aussi un syndrome de paralysie générale.

Je terminerai cette énumération trop longue et pourtant fort incomplète par des remarques sur les troubles cérébraux

symptomatiques de traumatismes et d'abcès cérébraux de tumeur cérébrale. Faut-il vraiment que je dise l'intérêt clinique et médico-légal qui s'attache à la vérification de l'état mental des blessés ou des commotionnés du système nerveux. La plupart d'entre nous, aussi bien neurologistes que psychiatres, s'y exercent quotidiennement.

La guerre nous a fourni hélas un matériel d'observation considérable. C'est un domaine commun à la neurologie et à la psychiatrie dans lequel réside aussi, selon moi, tout ce qui a trait aux compressions cérébrales.

Je dois à l'obligeance et à la confiance de mes confrères de Bordeaux, du Sud-Ouest et d'ailleurs, d'avoir pu observer, bien des fois jusqu'à l'examen histopathologique inclusivement, un grand nombre de tumeurs cérébrales solides, kystiques, purulentes, etc. J'arrive peu à peu à cette conclusion que, de tous les symptômes de compression, je dis bien de compression, du cerveau, les plus constants et les plus typiques sont ceux qui se rapportent à l'état mental. Il y a bien peu de ces malades qui n'éprouvent pas une sorte d'ahurissement significatif. Ce n'est pas de l'insouciance ni de l'indifférence, c'est une torpeur somnolente et consciente contre laquelle la volonté n'essaie même pas de lutter comme si elle était sûre à l'avance de l'insuccès de ses tentatives.

Ces sujets lorsqu'on les interpelle, regardent leur interlocuteur avec étonnement en se frottant la tête comme s'ils voulaient écarter un nuage ou dissiper un reste de sommeil et font alors des réponses brèves mais exactes. C'est une situation qui offre avec celle des bradykinétiques post-encéphalitiques des traits communs et la confusion est possible ; mais vraiment le champ d'erreur est limité et la valeur du symptôme demeure considérable.

Et je n'ai pas dit un mot des névroses, de l'Hystérie que Charcot qualifiait, avec juste raison, de maladie mentale, de la neurasthénie, qui plonge si profondément des racines, du moins pour la majeure partie de ces formes, dans le terrain des psychopathies intermittentes et à double forme. Je n'ai rien dit non plus de l'épilepsie et de ses équivalents psychopathiques, de la migraine et des curieuses alternatives d'excitation euphorique et de dépression inquiète qu'on y observe communément. Il y a incontestablement là aussi un territoire commun à la psychiatrie et à la neurologie, sur

lequel le penser psychologique trouve à s'exercer au moins aussi utilement que le penser anatomique.

⁂

Il me reste à tirer de ces considérations sur l'interdépendance des principales fonctions du système nerveux attestée par la physiologie et la pathologie, des conclusions d'ordre pratique.

⁂

S'il est vrai que la fonction psychique est intimement liée au jeu de la sensibilité spéciale ou générale ; si, réellement les appareils nerveux de nos sens peuvent être tenus pour les origines principales de la connaissance tandis que la personnalité confondrait ses racines avec celles de la sensibilité cénesthésique ; si, d'autre part, entre l'idée et le mouvement il existe des relations à ce point étroites qu'elles légitiment l'hypothèse de centres idéo-moteurs, si Arthus a eu raison d'appeler ces mêmes centres psycho-sensitivo-moteurs, qu'est-ce à dire sinon que, chez l'homme, le système nerveux est, pour ainsi dire, imprégné de psychisme, de sensibilité, de mouvements associés dans une sorte d'unité fonctionnelle. La physiologie les réunit et la pathologie ne les sépare point. Notre règle de conduite est dès lors toute tracée : maintenir le contact serré en attendant que s'opère ou plus exactement que se renouvelle la fusion entre la neurologie et la psychiatrie ; car il faut viser, selon moi, à l'enseignement commun et à la pratique commune des maladies du système nerveux.

Je suis bien à l'aise pour parler de cette heureuse perspective dans un congrès comme celui-ci où les aliénistes et les neurologistes ont éprouvé les bienfaits du travail en commun sur des sujets dont les plus neurologiques sont, par certains côtés, très souvent psychiatriques et réciproquement. Nous sommes le sanctuaire de la neuro-psychiatrie où, pieusement, chaque année, psychiatres et neurologistes de France, des pays de langue française et des nations amies, viennent communier dans un même idéal de connaissance toujours plus parfaite des maladies du système nerveux.

De cette communion, tant de fois renouvelée, naquit une

sympathie mutuelle qui se manifesta avec une touchante unanimité le jour où se formèrent sur nos Congrès quelques nuages chargés de séparatisme. Qui ne se souvient avec émotion de cette séance où furent évoquées les grandes figures de Brissaud et de Ballet, de Régis et de Dupré ? Sur leur mémoire, nous avons proclamé et scellé l'union indissoluble de la psychiatrie et de la neurologie.

Il ne suffit pas, selon moi, que les aliénistes et les neurologistes se réunissent une fois l'an pour échanger des opinions et cultiver une mutuelle sympathie ; je dis que le neurologiste doit être un aliéniste, l'aliéniste un neurologiste. J'appelle de tous mes vœux pour la France un enseignement neuro-psychiatrique, des services neuro-psychiatriques d'assistance ; je renonce même au titre de nos Congrès, auquel s'attachent cependant pour moi de précieux souvenirs, s'ils doivent prendre demain celui de Congrès des Neuro-Psychiatres de France et des pays amis de la France. Hors d'ici, j'entends encore parfois prononcer des paroles qui me chagrinent : « la neurologie, c'est la psychiatrie qui guérit... Les « malades ne relèvent de la psychiatrie que quand ils ne « guérissent pas » ; ou bien encore celle-ci, teintée d'amertume : « les psychiatres sont les parents pauvres de la neu- « rologie. » J'aime mieux lire sous la plume d'un neurologue, devenu en outre psychiatre très averti, cette déclaration énergique : « Nous poursuivons notre œuvre, parfois ingrate, « en neuro-psychiatres qui n'acceptent pas de séparation « entre la neurologie et la psychiatrie, et nous ne nous rési- « gnerons pas à un divorce où l'actif de la communauté res- « terait à la neurologie, le passif à la psychiatrie. »

Et qui s'exprime ainsi ? C'est le Professeur Henri Claude, dont je suis particulièrement heureux de pouvoir, en cette circonstance, invoquer la légitime autorité.

Aussi bien, ce n'est pas parmi les neuro-psychiatres éprouvés qu'il faut s'attendre à trouver des tendances séparatistes ou des inclinations à la discorde. Ils savent trop l'incessant appui que se prêtent l'une à l'autre la neurologie et la psychiatrie ; ils n'envisagent même pas la pratique de l'une sans l'autre ; ils se souviennent que toutes les deux ont des ascendants communs, qu'un même toit, celui des services d'aliénés, les abrita à leur naissance. Car la neurologie, il serait ingrat de l'oublier, naquit en même temps que la psychiatrie, à Bicêtre, à Charenton, à la Salpêtrière, à Rouen, et j'ai le

droit de soutenir que les neurologistes ont pour ancêtres des aliénistes, que la neurologie est sœur jumelle de la psychiatrie. Lisez les remarquables travaux de Foville sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux cérébro-spinal. Ils remontent à l'année 1820 et contiennent le principe, voire même l'application de la méthode anatomo-clinique, qui féconda la neurologie. De Blainville, chargé par l'Académie des Sciences d'apprécier les premiers mémoires de Foville, s'exprime ainsi dans un rapport qui porte la date du 23 juin 1828 : « Des moyens que l'esprit humain peut « employer pour arriver à concevoir quelque chose dans la « physiologie du cerveau, le principal, le plus important, « celui sans lequel tous les autres pêcheraient par la base et « seraient sans aucune certitude, est l'anatomie minutieuse, « superficielle et profonde, de l'homme dans l'état adulte... », et de Blainville conclut : « Il nous semble que la direction « dans laquelle se trouve cet anatomiste (Foville) est la seule « qui puisse conduire à des résultats à peu près certains, « puisqu'il fait marcher à la fois les recherches anatomiques « et pathologiques, qu'il a déjà commencé à systématiser, « plus heureusement peut-être qu'on ne l'avait fait avant lui, « quelques parties de l'anatomie de cet organe avec leurs « fonctions dans l'état de santé et dans celui de maladie. »

Pendant que Foville, à l'Asile de Rouen d'abord, ensuite à Charenton, jetait les bases de la méthode anatomo-clinique, déjà Royer-Collard, Esquirol, Bayle et Calmeil la mettaient en pratique à Charenton et à la Salpêtrière, Delasiauve, à Bicêtre. Voici comment s'exprime Calmeil, élève de Royer-Collard et d'Esquirol : « Les grands établissements consacrés « au traitement des maladies mentales offrent en foule des « individus privés plus ou moins des mouvements volontai- « res. Les uns parlent difficilement, les autres chancellent en « marchant, ou même ne se soutiennent qu'autant qu'ils « prennent un point d'appui ; ceux-ci sont ou hémiplégiques « ou paraplégiques ; ceux-là sont perclus des membres ; « chez un certain nombre enfin on observe des rétractions, « tantôt dans un bras, tantôt dans une jambe. Tous ces « désordres de la locomotion se trouvent désignés collecti- « vement sous le nom de *paralysies* : mais on ne doit plus « continuer à confondre sous un même titre des objets entiè- « rement différents ; les altérations les plus graves et les « plus fréquentes des mouvements volontaires peuvent pres-

« que toujours se rapporter à l'une des lésions suivantes du « système cérébro-spinal ; l'hémorragie, les ramollissements, « les abcès, les congestions sanguines, les congestions séreu- « ses, les plaies, les cancers, les acéphalocystes, les tubercu- « les, les tumeurs osseuses du crâne et des vertèbres, les « végétations de la dure-mère.

« Indépendamment de ces troubles de la locomotion, il « existe chez les aliénés une foule de maladies d'un ordre peu « éloigné, tout aussi curieuses et beaucoup moins connues « encore. Dans le *delirium tremens,* l'aliénation s'accompa- « gne d'un tremblement général plus ou moins étendu ; plu- « sieurs vieillards frappés de démence sénile ne peuvent « tenir un instant leurs bras et leurs jambes en repos. Nous « avons des aliénés qui ont vécu plusieurs années avec des « mouvements presque convulsifs, qui ne les empêchaient « pas de marcher, mais qui donnaient à toute leur personne « l'aspect le plus bizarre, le plus extraordinaire. »

Comment ne pas voir dans ces lignes un raccourci des premiers éléments de la Neurologie. Non contents d'exprimer des idées générales de grande envergure, les psychiatres d'alors observaient scrupuleusement les faits cliniques et anatomiques, réalisant une œuvre considérable, de laquelle émerge la conception d'une paralysie générale des aliénés. Il faut lire le livre de Calmeil pour s'assurer que, dès 1825, on savait beaucoup de choses sur la méningo-encéphalite, ses formes maniaques et dépressives, ses délires, ses lésions méningées, encéphaliques, ventriculaires, etc. C'est un beau monument élevé à la gloire de la méthode anatomo-clinique, s'exerçant sur la neuro-psychiatrie.

Tandis qu'à Charenton et à la Salpêtrière se manifestait cette effervescence féconde, à Bicêtre, Delasiauve, cet autre psychiatre dont vous connaissez le livre admirable sur la confusion mentale, observait attentivement l'épilepsie, la « classait en épilepsie idiopathique, sympathique et sympto- « matique, vérifiait attentivement les lésions anatomo-patho- logiques, assez avisé pour ne point imputer à cause de la névrose ce qui n'était qu'un effet ou une coïncidence. Quelle preuve de sagesse dans cette distinction entre les lésions équivoques et les lésions significatives, quelle preuve d'expé- rience dans cette remarque de la consistance exagérée du système cérébro-spinal ! Cette fermeté anormale devait plus tard se contrôler et s'expliquer par la révélation d'une gliose

interstitielle, ingénieusement faite par Chaslin, encore un psychiatre de la Salpêtrière.

En évoquant ces quelques noms et, pour être juste, je devrais en évoquer bien d'autres, j'ai voulu non seulement rendre hommage à l'œuvre considérable accomplie par les aliénistes de la première moitié du siècle dernier, mais marquer aussi la part qui leur revient dans la préparation et la mise en marche du mouvement neurologique qui devait prendre, à la Salpêtrière, sous l'impulsion et la direction de Charcot, l'ampleur que vous savez.

Charcot était un esprit trop éclairé pour méconnaître l'utilité de l'étroite collaboration des psychiatres et des neurologistes. Au frontispice des *Archives de Neurologie,* il écrivait, en juillet 1880, pour préciser l'orientation scientifique de cette publication nouvelle : ...« Là seulement il était permis « de tenir en contact permanent la psychiatrie, depuis long- « temps spécialisée, et la neuro-pathologie proprement dite, « ces deux parties d'une même unité séparées par des néces- « sités pratiques mais devant, philosophiquement, rester « unies l'une à l'autre par des liens indissolubles. »

Effectivement, les *Archives de Neurologie,* sous la direction de Charcot, ne manquèrent pas de réserver une place importante aux travaux d'ordre psychiatrique. On y peut voir des études comme celles de Magnan « Sur la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez un même aliéné », de Cotard sur le « délire de négation », encadrer des articles sur la névrite segmentaire péri-axiale ou la sclérose latérale amyotrophique. Un événement capital s'était néanmoins produit : la création d'un organe, spécialement, sinon exclusivement, destiné à répandre les travaux neurologiques, tandis que les *Annales Médico-Psychologiques,* ayant depuis longtemps renoncé à s'appeler le « Journal de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Pathologie du Système nerveux », se consacraient à peu près uniquement à la publication des travaux ou documents de psychiatrie pure. L'exemple ne venait pas de l'étranger, puisqu'en Angleterre, en Amérique, en Allemagne, les journaux de médecine nerveuse ouvraient leurs pages et leurs titres à la psychiatrie aussi bien qu'à la neurologie.

Il ne me vient pas à l'esprit de regretter que la Neurologie ait alors volé de ses propres ailes et fait un bond qui étonna l'univers. Le pilote était Charcot, dont nous venons d'hono-

rer la mémoire. Nul plus que lui n'était convaincu de la nécessité de mener de front l'étude des maladies nerveuses et celle des maladies mentales ; j'en ai donné ici la preuve écrite de sa main. Dans cet aperçu historique rapide, je ne veux que puiser des enseignements. J'y vois la psychiatrie quelque peu désemparée à partir du jour où elle remit à la Neurologie l'instrument merveilleux qu'est la méthode anatomo-clinique ; je la vois se détourner des questions de physiologie, d'anatomie normale et pathologique du système nerveux, pour s'adonner à des considérations de philosophie clinique forcément imprécises et fragiles, comme les doctrines qui les appuient. Les meilleurs esprits s'exercent alors sur d s questions comme la dégénérescence, les stigmates et la folie des dégénérés. La dégénérescence mentale ! termes vagues, comme la chose qu'ils prétendent désigner. Est dégénéré seulement celui qui réside aux alentours de la folie et en recueille les miettes. Un délire de persécution est-il soudain, passager, bouffée délirante de dégénérés ; une crise maniaque ou mélancolique est-elle fruste, c'est parce qu'elle évolue sur un terrain de dégénérescence. Dégénéré aussi l'instable, l'impulsif, l'amoral, intelligent ou arriéré, le pervers délinquant ou criminel. Il se trouve toujours quelque stigmate complaisant, physique ou psychique, pour étayer le diagnostic, si tant est que l'on puisse appeler cela un diagnostic. Il n'y a, croyez-le bien, dans ma pensée, aucun parti-pris de dénigrement contre les personnes ; je n'en veux qu'aux méthodes qui conduisent à des conceptions stériles, où les mots sont pris pour des idées.

Pendant ce temps la neurologie évoluait, précise dans ses constatations, rigoureuse dans ses déductions, mais condamnée par sa définition même à l'obligation de reléguer au tout dernier plan la fonction la plus importante du système nerveux chez l'homme : la fonction psychique. J'ai beaucoup fréquenté les neurologistes, et je suis plein d'admiration pour ce qu'ils ont fait, pour ce qu'ils font chaque jour ; c'est en les voyant à l'œuvre qu'il m'est arrivé de regretter leur silence sur les questions psycho-pathologiques. J'ai assisté à des leçons de Brissaud sur les syndromes pseudo-bulbaires, sur les chorées, la maladie de Little ; il nous présentait des malades comme il savait les montrer, avec ce talent incomparable qui les fixait dans l'esprit de tous ses auditeurs ; je m'en allais avec le regret de n'avoir pas entendu parler de

leur état mental, que Brissaud, psychiatre, aurait si brillamment mis en relief.

Voici bientôt vingt ans, au Congrès de Lille, mon ami André Léri nous présentait un rapport absolument remarquable sur la question du Cerveau sénile. Il y a tout dans ce rapport : les multiples formes cliniques et anatomiques de la sénilité cérébrale, y compris la forme miliaire, fort peu connue à cette époque, tout, excepté une revue précise des troubles psychiques qui accompagnent la sénilité cérébrale en général, qui varient avec chacune de ses modalités anatomo-cliniques et qui offrent un intérêt anatomo-clinique de tout premier ordre. Je ne pus m'empêcher d'en exprimer mes regrets au rapporteur ; c'était chez moi une manière de regretter que le brillant neurologue qu'était déjà alors André Léri ne fût pas aussi un psychiatre. Il l'est devenu depuis.

Et, je puis bien le dire, de semblables regrets me viennent encore chaque jour à l'esprit. Il m'en est venu en lisant des travaux neurologiques fort intéressants sur les associations cliniques susceptibles de se réaliser lorsque des artères du cerveau subissent une oblitération. C'est une manière de contrôler les localisations cérébrales, basées jusqu'à présent plutôt sur les lésions en foyers hémorragiques encéphalomalaciques, néoplasiques, etc. Il me suffit que les résultats de ces recherches soient exposés par Charles Foix et ses élèves, Alajouanine, Masson, Hillemand, pour que je leur accorde ma confiance. Je me fie à leur compétence, à leur ingéniosité, à leur sincérité. Voilà pourquoi j'éprouve de l'étonnement lorsque, dans les syndromes de la cérébrale postérieure, l'hémisphère gauche étant l'intéressé, je ne vois pas figurer, parmi les symptômes, des troubles psychiques que je sais constants dans les lésions temporo-occipitales étendues, ne serait-ce qu'au titre de surdité ou de cécité psychiques modérées; voilà pourquoi j'éprouve de l'inquiétude en ne voyant pas non plus ces troubles psychiques mentionnés sur la liste des signes qui constituent les syndromes de la cérébrale antérieure. J'incline à penser que les destructions des territoires frontaux aussi vastes que celles indiquées par Ch. Foix et Hillemand, dans un travail paru il y a peu de jours, doivent se traduire par quelque chose de plus que l'apraxie idéo-motrice unilatérale. De fait, si je lis les observations jointes au mémoire, j'y trouve mentionné, sans autre précision, du déficit intellectuel. C'est ce déficit intellectuel

que je voudrais voir analysé par Ch. Foix et ses élèves, que je voudrais voir incorporé dans le syndrome de la cérébrale antérieure, Il y a, vous le devinez, dans l'expression de ce désir, l'arrière-pensée d'attirer vers la psychiatrie une pléiade de neurologistes jeunes, laborieux, à qui l'avenir appartient.

Je les prie de me pardonner d'avoir recours ainsi à des moyens obliques pour parvenir à la réalisation du dessein que j'ai formé de travailler de toutes mes forces au rapprochement, à la fusion même de la neurologie et de la psychiatrie, dans l'intérêt commun de l'une et de l'autre. Je ne me résigne pas à accepter le régime actuel, qui est la spécialisation dans la spécialité. Le neurologiste qui se désintéresse de la psychologie pathologique me fait penser à un ophtalmologiste qui ne s'inquiéterait pas de l'acuité visuelle. Un psychiatre qui néglige l'investigation neurologique complète, se prive volontairement d'un guide capable de le mener au diagnostic clinique et à la découverte de la lésion anatomique.

Par bonheur, sur divers points de notre horizon, j'aperçois les signes précurseurs du rapprochement. Dans quelques universités de France, à Bordeaux par exemple, il y a un professeur de clinique neuro-psychiatrique ; à Paris, le désir de collaboration entre les neurologistes et les psychiatres se manifeste par la coïncidence des cours de perfectionnement organisés à la Salpêtrière et à Sainte-Anne. Tout cela est de bon augure. Ce qui ne l'est pas moins, ce qui est l'indice d'un mouvement profond, c'est l'intérêt de plus en plus grand que prennent parmi nous les neurologistes aux questions psychiatriques. J'ai connu le temps où les discussions des rapports de psychiatrie se déroulaient en présence des psychiatres presque seuls ; il arrive maintenant que des neurologistes y participent, et j'ai la satisfaction de voir beaucoup de mes collègues aliénistes diriger une partie de leur effort vers les recherches neurologiques. Lisez les comptes rendus de nos sociétés, de la Société de Clinique mentale, par exemple, vous y trouverez des communications ou des présentations qui pourraient figurer tout aussi bien à l'ordre du jour de la Société de Neurologie. Je remarque, chez les jeunes médecins aliénistes, une heureuse tendance à recourir de plus en plus aux épreuves biologiques, à l'expérimentation physiologique, à se ressaisir de la méthode anatomo-clinique, si féconde, je l'ai rappelé, entre les mains des aliénistes qui, dans la première moitié du siècle dernier, enseignaient ou pratiquaient

à la Salpêtrière, à Charenton, à Bicêtre. Aussi bien, les nouvelles générations sont fort bien préparées à la pratique de la neurologie car, à l'entrée de leur carrière, une épreuve qu'ils ont à subir et qui, en importance, ne le cède à aucune autre, porte sur l'anatomie, la physiologie, c'est-à-dire la pathologie du système nerveux. C'est par une même instruction, par l'emploi de méthodes d'investigation communes, par le culte d'une estime et d'une sympathie réciproques entre les aliénistes et les neurologistes que s'accomplira, peu à peu, l'interpénétration nécessaire de la neurologie et de la psychiatrie.

Il est vrai que, de notre temps, la psychiatrie française obéit à deux sortes de tendances : l'une est celle dont je viens de parler, l'autre s'exerce sur le terrain de la psychologie pathologique. Il n'y a pas, selon moi, entre les deux, l'ombre d'une incompatibilité. J'approuve sans réserve que le domaine de la conscience et de la personnalité soit exploré avec autant de soin que ceux de la sensibilité et de la motricité. J'approuve qu'on aille même frapper à la porte de l'inconscient et l'ouvrir tout grande, pour y libérer des refoulements dont la séquestration pèse sur la conscience claire. Il est bien dans le rôle du psychiatre de s'enquérir des conflits moraux et de les solutionner. Chacun de nous s'y exerçait bien avant qu'il fût question de la méthode psycho-analytique. Je sais gré à Freud de nous avoir rendus plus curieux de ce qui se passe dans la conscience obscure et d'avoir éveillé notre attention sur ce point que, lorsque des malentendus surgissent entre le cerveau et les organes de la reproduction, le psychisme s'en émeut et traduit son émotion sous des formes involontairement déguisées. C'est un pas de plus vers la recherche de l'influence du physique sur le moral, thèse chère à Cabanis et que je viens de reprendre moi-même ici.

Je ne suis pas de ceux qui considèrent ces recherches psychologiques comme vaines et stériles. Je n'ignore pas qu'il y a encore, et qu'il y aura peut-être toujours, dans le domaine de la psychiatrie, comme d'ailleurs dans celui de la neurologie, des maladies qui relèvent avant tout de l'analyse et de la thérapeutique psychologiques. Et je viens de travailler à établir qu'un examen neurologique ne saurait être complet s'il lui manque l'appoint d'une analyse psycho-pathologique. Un grand neurologiste français, Pierre Marie, a bien dit qu'en neurologie on pense anatomiquement, tandis qu'en

psychiatrie on pense psychologiquement. Oui, mais au même moment, Pierre Marie lui-même s'apercevait que la doctrine des aphasies péchait par ses bases, aussi bien psychologiques qu'anatomiques. Que cette leçon nous soit à tous salutaire. Il ne suffit pas de mettre en évidence la nécessité d'une action convergente de l'anatomie et de la physiologie, de la neurologie et de la psycho-pathologie, en vue de conquérir des connaissances de plus en plus étendues sur les maladies du système nerveux, il faut aussi, il faut d'abord s'inquiéter de l'organisation pratique de cette action.

C'est sur ce point que je vous demande la permission de vous soumettre, en terminant, quelques réflexions, j'ose même dire des suggestions.

Elles peuvent se résumer dans le programme que voici : ouvrir dans les murs des asiles d'aliénés autant de portes qu'il y a de catégories dans les malades du système nerveux ; organiser, pour chacune de ces catégories, des compartiments d'une autonomie relative ; maintenir entre toutes le contact ; les relier à un poste central où s'effectueraient les vérifications nécessaires, physiologiques, anatomiques, sérologiques, etc., d'où partiraient les instructions et les directives, où aboutiraient les résultats.

Nous n'en sommes plus au temps où il aurait fallu de l'audace pour émettre une semblable proposition. Dans l'enceinte, naguère si intangible, des Asiles, des brèches déjà ont été faites, par où passera le XXIX[e] Congrès pour entrer à Sainte-Anne et à Fleury-les-Aubrais. Il n'est que de les multiplier. Après celui des petites psychopathies doit venir le tour des nerveux, des myopathiques, des syringomyéliques, des choréiques, des trembleurs de toute espèce, des bradykinétiques, pseudo-bulbaires ou encéphalitiques, des infirmes de l'équilibration, des comprimés ou infectés du cerveau, pour tout dire, des sujets atteints de l'une quelconque des multiples affections aiguëes ou chroniques du système nerveux. Il faut rassembler ces malades, éparpillés dans les hôpitaux et dans les hospices où, sauf de rares exceptions, ils ne peuvent être ni traités ni étudiés convenablement. J'entrevois, pour les fortes organisations hospitalières que sont, quoi qu'on en dise, nos Asiles, un rôle plus étendu et plus utile que celui de garder des aliénés, chroniques pour la plupart. C'est là que l'on peut, aisément et rapidement, organiser des consultations et des traitements externes, des

laboratoires de sérologie, d'anatomo-pathologie et de psychologie expérimentale, des installations électriques ; c'est là que l'on peut, beaucoup mieux que dans les hôpitaux, assurer la répartition des malades suivant la catégorie à laquelles ils appartiennent, suivant les indications relatives à leur traitement physique ou moral.

Mais, me direz-vous, ce programme se heurte à la résistance invincible des malades ; il ne tient pas compte de la répugnance que leur inspire le titre d'Asile et la perspective d'y être en contact avec des Aliénés. Je vous répondrai qu'il est facile de changer le titre ; je vous répondrai surtout que le malade finit par aller toujours là où il est assuré de trouver des médecins qui le comprennent, qui s'intéressent aux divers incidents de sa maladie, qui le soignent avec patience.

Voilà bien les sentiments qui poussent les malades non aliénés à venir en foule au service de prophylaxie mentale de l'Asile Sainte-Anne, à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais, à la clinique d'Esquermes et ailleurs. Depuis que j'ai conçu le projet de créer, à l'Asile de Bordeaux, un service ouvert, je reçois des lettres comme celleci : « Je suis absolument sans ressources et, cependant, j'ose « vous demander s'il ne vous serait pas possible, dans votre « Asile, de me créer pour quelques semaines, le temps peut-« être de la guérison, la vie qui me serait nécessaire, c'est-à-« dire une vie de paix, dans une petite chambre isolée, où « je retrouverais doucement ma personnalité si anéantie par « le mal et par les circonstances si malheureuses qui ont « entouré mon mal. Ce mal, en deux mots, alors qu'il fau-« drait un volume pour l'écrire, me fait encore vivre dans « la reconnaissance et la conscience et la possession et la « vision de mon corps qui, au point de vue de l'extérieur « du monde est encore une chose non vue, non reconnue « par moi.

« Je sais que Picon est un asile où je devrais entrer com-« me les fous, et ne le suis-je pas, puisque je ne reconnais « pas le monde extérieur. Je sais que, n'ayant pas de res-« sources, je devrais avoir la vie des fous, qu'il n'y a pas « de clinique pour les malades mentales et nerveuses indi-« gentes. Je sais tout cela. » Elle a raison cette jeune fille, si elle avait des ressources, on lui trouverait une place dans les asiles ; indigente, elle ne peut y être traitée que si on l'a préalablement reconnue dangereuse pour l'ordre public et la sûreté des personnes.

Qu'on ne dise plus que la répugnance des malades à y venir est une raison valable pour ne pas créer dans les asiles publics d'aliénés des services ouverts. Les neurasthéniques et les mélancoliques conscients y viendront : tous les infirmes du système nerveux y viendront. Il faut les y accueillir à portes ouvertes. On ne dira plus alors que la destination des asiles publics est uniquement de tenir éloignés de la société des aliénés dangereux, ou de choisir parmi les inoffensifs ceux-là seulement qui sont fortunés. Sans doute, la législation de 1838 a prévu l'admission dans les asiles des aliénés paisibles et sans ressources, mais l'usage s'est établi, presque partout, de renoncer à cette pratique, pour adopter celle de considérer comme dangereux certains de ceux qui ne le sont pas, afin de pouvoir leur appliquer un placement d'office. Les services ouverts remédieront à de tels abus. Que les malades y soient traités en vertu de la loi de 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, de la loi de 1905 sur l'assistance des vieillards et des infirmes ou bien de la loi de 1838 modifiée en quelques-unes de ses dispositions, peu nous importe. Notre collègue et ami, M. l'inspecteur général Raynier a reconnu que, du point de vue administratif, aucun obstacle sérieux ne se dresse contre l'ouverture des asiles. Les psychopathies légères y ont déjà pénétré ; je demande la même faveur pour les névropathies de tous ordres.

C'est alors que les asiles débaptisés réhabilités, adaptés aux besoins d'une assistance plus large et plus efficace, stimulés par l'ambition de faire plus et mieux verront leur action bienfaisante reconnue par ceux-là même qui furent les plus ardents à les dénigrer.

En ne parlant que des Asiles, je n'ai pas eu l'arrière-pensée de méconnaître ce qui a été fait et ce qui peut se faire dans les hôpitaux. Il serait souverainement injuste d'oublier que les services créés par Gilbert Ballet à l'hôpital Saint-Antoine et à l'Hôtel-Dieu de Paris, par Régis à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, sont les précurseurs de services ouverts. Et puis que m'importe le toit pourvu que sous ce toit se puissent abriter les malades de l'esprit et des nerfs, dangereux ou inoffensifs, inconscients ou lucides, rapprochés mais non tous confondus dans un organisme d'assistance généreusement pourvu des moyens nécessaires pour le traitement et pour l'étude de leurs maladies.

Au seuil du XXIX[e] Congrès des médecins aliénistes et neu-

rologistes de France et des pays de langue française, il me plait d'avoir le droit de proclamer que notre seule et commune ambition est de soulager les plus cruelles des souffrances humaines et de travailler au développement de la plus française des branches de la médecine : la neuro-psychiatrie.

⁂

Sur la proposition du Président, l'Assemblée vote par acclamations la nomination des Présidents d'honneur et de secrétaires des séances de la XXIXe Session du Congrès, dont les noms figurent en tête de ce volume.

DISCUSSION

DES

RAPPORTS

PREMIER RAPPORT

PSYCHIATRIE

LA GUÉRISON TARDIVE DES MALADIES MENTALES

RAPPORTEUR : **M. Jean ROBERT (d'Auch)**

RÉSUMÉ DU RAPPORT

Le pronostic des maladies comme les psychoses, sans substratum anatomique et dont l'étude évolutive est hérissée de difficultés pratiques, est chose délicate, mais paraît toutefois être tentée à l'aide d'une analyse clinique minutieuse. Le problème fut officiellement posé en 1882 à propos des célèbres débats à l'Académie de Médcine sur les rapports de l'aliénation mentale et du divorce (Loi Naquet adoptée en 1884, et rejet sur l'intervention de Blanche, Charcot et Magnan, de l'amendement Guillot, visant à introduire l'aliénation parmi les causes du divorce). L'authenticité des guérisons tardives fut confirmée ultérieurement par M. de Montyel-Sizaret-Giraud et précisée par Petren en 1908, qui attira l'attention sur les fausses guérisons, notamment par reliquat de démence calme. A la suite de nouveaux projets de loi (Violette et Colin) s'ouvrirent les débats de la Société médico-psychologique (1910), qui démontrèrent la relative fréquence des guérisons tardives, depuis admises par la plupart des auteurs.

I. Au point de vue clinique, on peut affirmer la possibilité

d'une guérison vraie après 6 années et plus. On peut dire avec Bravetta qu'il y a guérison quand tous les symptômes ont disparu, quand le malade reconnaît qu'il a présenté un trouble mental (avec cette restriction que beaucoup de malades guéris tendent à justifier rétrospectivement de diverses façons leur désordre psychique) et enfin quand il s'est ultérieurement réadapté au milieu social. Une guérison est tardive pour Morel après 3 ans, pour Rousseau après 7 ans. Quoi qu'il en soit, c'est avant tout à la folie périodique que ressortissent les cas de guérison tardive (cas survenant souvent à un âge avancé et revêtant parfois une forme atypique, avec élément paranoïaque par exemple). Ensuite viennent : la catatonie, puis le délire systématique.

Pour porter un pronostic, le psychiatre doit vivre dans l'intimité du malade, ne pas se laisser tromper par les apparences d'une inactivité cérébrale extérieure, accorder même précisément toute son attention à cette période de détente avec stéréotypie réactionnelle qui succède à la symptomatologie tumultueuse du début.

a) Dans la folie intermittente, qui se dissimule parfois derrière des psychoses de longue durée, noter tout indice de périodicité (accès antérieur, absence d'affaiblissement intellectuel, début brusque et non précédé d'un changement insidieux de caractère, hérédité similaire, persistance du retentissement mental sur les fonctions organiques végétatives, conservation des inclinations et tendances). Chez les maniaques une participation à la vie ambiante ; chez les mélancoliques la persistance de l'anxiété, les préoccupations d'ordre familial sont de bon augure.

b) Dans les états catatoniques, grande est notre ignorance. Il faut guetter les signes discrets d'activité cérébrale tels qu'une participation plus ou moins effective à la vie de l'entourage, l'expression d'une curiosité ou d'une spontanéité, un désir légitime, et surtout : les manifestations somatiques d'une émotivité conservée, ainsi que les signes persistants d'une mauvaise santé physique.

c) Dans les délires de persécution, secondaires à des états mélancoliques ou symptomatiques d'une folie périodique, la notion d'une phase mélancolique initiale, la combinaison mélancolie-persécution, les petits signes d'excito-dépression périodique, l'âge (qui est celui des méiopragies organiques) sont à retenir.

II. Au point de vue médico-légal, la notion de guérison tardive impose une extrême prudence dans le pronostic en face d'un problème administratif ou médico-légal. On relève toute une gamme d'atténuation de la responsabilité au cours des « intervalles lucides » des intermittents. Plusieurs législations étrangères ont pu, sans inconvénient grave dans la pratique, admettre l'aliénation mentale parmi les causes du divorce. Mais pour résoudre ce problème d'actualité (projet Palmade), une vaste collaboration scientifique est nécessaire, qui dépasse les points de vue professionnels et rende possible une solution vraiment humaine.

Discussion

M. Trénel (de Paris), présente une statistique des guérisons et des sorties tardives à propos de la question du divorce pour cause d'aliénation mentale.

La question discutée devant le Congrès vient à point. La nouvelle proposition récente d'un amendement à la loi sur le divorce la rend tout à fait actuelle. Pour notre part nous sommes heureux de cette circonstance qui nous permet d'engager de nouveau la discussion sur le divorce des aliénés. Cette loi serait saluée comme libératrice par nombre de victimes d'un sort malheureux autant qu'immérité.

L'exposé si complet dans le rapport de M. Robert est double : il présente un côté purement clinique et un côté médico-légal.

La question clinique est si difficile à résoudre que la plupart des auteurs évitent de la traiter. Dans les traités les plus complets quelques lignes seulement y sont consacrées. Et, en effet, nous devons le constater franchement, nous n'avons pas de critériums certains de la chronicité. Peut-être n'en existe-t-il pas. En tout cas on se montre vraiment bien exigeant pour la pathologie mentale, on exige d'elle des données précises dans un ordre de faits où l'on ne peut faire que des approximations. En vérité nous ne jugeons des états mentaux que par comparaison, c'est par des analogies que nous pouvons avancer que telle malade tombe dans la chronicité. Mais en cela la pathologie mentale ne diffère guère de la pathologie interne ou externe. En médecine et en chirurgie sur quoi se base-t-on pour affirmer une chronicité ? Non sur

les symptômes en eux-mêmes mais sur la ressemblance avec les faits connus antérieurement. On sait que la paralysie agitante ou le rétrécissement mitral, est une maladie chronique. On affirme cette chronicité par une sorte de tautologie.

De même nous savons qu'une démence précoce est chronique du fait même qu'elle est une démence précoce.

En somme on fait des diagnostics et des pronostics d'impression.

Le fin clinicien qu'était Garnier, jadis dans un congrès lointain, faillit presque déchaîner une tempête en affirmant que nous ne faisons guère que des diagnostics d'impression. Eh bien depuis 30 ans où ces mots ont été prononcés nous en sommes encore au même point dans la plupart des cas délicats.

Nous ne pouvons nous prononcer sur la chronicité que sur chaque cas en particulier en envisageant un ensemble de symptômes variables chez chaque malade. Quelques-uns de ces symptômes sont particulièrement importants, mais aucun décisif : l'incoordination des idées, l'indifférence affective, la désinsertion du monde extérieur, les stéréotypies, l'incohérence du langage, la discordance (en son sens le plus large).

Se basant sur cette pauvreté de nos moyens, nos adversaires avancent l'impossibilité d'affirmation de la chronicité. Mais ils ne se basent que sur quelques cas rares, exceptionnels et discutables. A l'encontre de leur dénégation ne font-ils pas eux-mêmes fréquemment — bien mieux, le plus souvent, — le diagnostic et le pronostic de chronicité, les cas curables formant la minorité, l'infime minorité des maladies mentales.

On a beau jeu de raconter des guérisons après des dizaines d'années d'internement, mais on oublie de dire qu'aucun de ces malades n'a été examiné au point de vue qui nous occupe. Il est fort vraisemblable que, dans bien des cas, un tel examen eût fait naître un doute.

On nous oppose quelques cas isolés de guérison tardive ou soi-disant telle, et l'on ne tient pas compte du nombre énorme des cas où l'incurabilité a été diagnostiquée d'une façon certaine. Dans un service de 400 aliénés il y en a 300 dont tout aliéniste pronostiquera l'incurabilité et sans crainte d'erreur. Journellement des experts déposent des rapports médico-légaux qui entraîneront déshonneur et même exécution capitale. Quel barême leur permet donc de doser la res-

ponsabilité d'un inculpé ? Ils en décident cependant. Et ils ne pourraient pas affirmer l'incurabilité d'un dément !

Nous risquons quelques erreurs, mais n'en risque-t-on pas tous les jours dans la pratique médicale, et ce risque on le court dans les cas les plus graves. Quel médecin hésiterait à faire chloroformer un malade, fut-ce son propre enfant en vue d'une opération chirurgicale, il sait pourtant qu'il y a danger de mort dans une proportion connue.

On croirait vraiment à entendre nos contradicteurs que chaque cas soit une nouveauté pour l'aliéniste. Si je ne craignais de paraître désobligeant je dirais que leurs raisonnements rappellent ceux de Veressaief dans les *Mémoires d'un médecin,* monument de l'aboulie et du doute médical.

La médecine, tant qu'elle ne peut baser ses prévisions sur des données précises du laboratoire, reste empirique. En combien de cas ne reste-t-elle pas indécise. A l'heure actuelle on ne peut encore fixer un terme certain de la grossesse et il a fallu que le législateur en admette une durée fictive et conventionnelle.

Nos signes d'incurabilité sont incertains, mais peut-être est-ce parce que nous, nous ne fouillons pas assez nos malades.

Avant l'adoption des lois sur les accidents du travail, bien des faits restaient dans le vague, et ce sont les nécessités de cette loi qui ont amené le médecin et le chirurgien à une précision de diagnostic et de pronostic inconnue jusque-là. L'objet de la discussion actuelle a bien des rapports d'ailleurs avec les faits concernant les accidents du travail. Dans ceux-ci la consolidation, qui termine définitivement l'affaire, est prononcée par le juge auquel l'expert n'a pour rôle que de fournir des éléments d'appréciation. Il en sera de même dans la future loi sur le divorce des aliénés. Obligés de formuler nos conclusions d'une façon claire, indiscutable et ferme nous serons obligés de descendre plus au fond de la clinique et de perfectionner nos notions ainsi que notre terminologie.

Si l'on nous demande de spécifier les catégories des malades auxquelles nous pensons que s'appliquerait plus particulièrement le divorce, nous dirons qu'il s'agit en premier lieu des démentes précoces ; les cas les plus pénibles sont en effet ceux où éclate, dès le début du mariage, la maladie à la marche inexorable et qui réalise souvent si vite la *nuit intel-*

lectuelle. Nous disons, les démentes, car, nous l'avons fait remarquer ailleurs, en raison de l'âge plus avancé des hommes à l'époque du mariage la maladie a, à cet âge, déjà fait ses victimes parmi eux ; quand la loi n'interviendrait que dans ces seuls cas, ce serait déjà là un grand acte d'humanité.

M. G. Vermeylen (de Bruxelles). — Le point central de l'important rapport de M. Robert est la question du pronostic des psychoses, les démences étant évidemment écartées. Et c'est à cette question qu'on revient toujours quelques soient les hors-d'œuvre que l'on veut servir : guérison tardive des maladies mentales, divorce des aliénés, durée des psychoses. En l'occurence encore ce qui attire tout l'intérêt sur la question traitée ce n'est pas tant de savoir s'il y a des guérisons tardives — nous n'en doutons plus et les faits parlent plus haut que les opinions — mais quelles sont les formes mentales qui guérissent, même à longue échéance. Il est encore impossible d'établir les lois générales et il est d'autre part dangereux, comme certains le tentent, d'attacher un pronostic constant à chaque forme de psychose. A l'heure actuelle ce ne sont que les cas individuels qui comptent en cette matière et c'est le sens clinique, bien plus que les règles, qui nous guide.

Il y a pourtant, semble-t-il, en dehors des symptômes signalés par le rapporteur des caractères qui permettent d'établir, avec une certaine probabilité, le pronostic des psychoses. L'étude de l'évolution éthologique ou caractériologique du sujet a, à cet égard, une importance trop méconnue jusqu'à ce jour. D'habitude on se contente de noter l'évolution de la maladie même, depuis son début apparent, sans se préoccuper de savoir comment se comportait antérieurement le sujet. Il faut pousser plus avant, quelqu'en soient d'ordinaire les difficultés, et étudier avec le même soin et la même minutie les réactions du sujet aussi bien avant qu'après le début apparent de la psychose. Le caractère, entendu comme synthèse des réactions psychiques de l'individu, est capable, bien plus peut-être que l'affectivité seule, de nous donner la clef du problème.

De ce point de vue, deux types se dégagent : 1° le type à évolution éthologique discontinue. Le début de la psychose est marqué par une transformation nette du caractère, pou-

vant aller jusqu'à l'opposition tout à fait établie. Le caractère normal du malade peut parfois commander quelques symptômes secondaires de la psychose, il n'en tranche pas moins d'une façon absolue avec le fond même de la maladie. Les réactions morbides indiquent simplement une plus ou moins grande fragilité cérébrale mais sans prédisposition spécifiquement déterminée. Aussi les récidives, lorsqu'elles se produisent, peuvent-elles avoir une allure toute différente, au point de passer pour une affection nouvelle. C'est dans cette forme que l'on constate les débuts brusques, à allure accidentelle et commandés par la prédominance des causes exogènes. Le pronostic est favorable avec probabilité de guérison mais possibilité de récidive ou de périodicité.

2° Le type à évolution continue. Le caractère du sujet est ici le plus souvent morbide dès la jeunesse et répond généralement à l'une ou à l'autre des constitutions psychopathiques telles qu'elles ont été définies assez récemment. Le caractère antérieur du sujet modèle le fond même de la psychose et en commande tous les symptômes. La maladie consiste en une simple intensification progressive du caractère, pouvant aller, au cours des paroxysmes, jusqu'à une véritable caricature de ce qu'était antérieurement le sujet. Ici généralement le début est insidieux et les causes endogènes, sous forme d'hérédité homonyme ou similaire, jouent le grand rôle. Les probabilités sont pour la chronicité avec ou sans rémittences.

Ce qu'il est important de noter, c'est que ni l'un ni l'autre de ces types ne ressortit spécialement à des psychoses déterminées. Ils peuvent se rencontrer l'un et l'autre dans toutes les formes de psychoses. Le pronostic, en un mot, n'est pas une question de diagnostic mais de sens clinique, recueillant de toutes mains les données du problème et ne négligeant pas surtout la notion si importante et pourtant si méconnue de l'état éthologique antérieur du sujet.

M. Hesnard (de Toulon) s'étonne que les rapporteurs et orateurs n'insistent pas davantage au sujet du pronostic — auquel se ramène tout le problème clinique en psychiatrie — sur l'importance de la vie affective, telle que peuvent la révéler les méthodes actuelles d'analyse affective qu'il cherche à répandre chez les psychiatres : déceler l'indifférence affective vraie, irrémédiable (par destruction de l'être instinctif) et la

différencier de la fausse indifférence émotionnelle amenée par la distraction qu'entretient l'excitation ; la dépression, le délire ou le repliement sur soi, voilà la tâche de l'aliéniste.

Il croit qu'on a élargi démesurément le cadre de la psychose périodique, certains états psychopathiques prolongés ne pouvant être rangés dans aucune rubrique nosologique.

Il insiste sur le rôle de l'âge critique dans ses variations évolutives des vieilles psychoses et rappelle que, dans l'hystérie, la guérison à cet âge est la règle.

Il termine en déplorant que le rapporteur n'ait pas fait état des résultats obtenus par l'école de psychoanalyse et par l'école de Bleuler dans la connaissance de ces états étranges, faussement attribués jadis à la démence, et qui guérissent après de longues années, et dans leur thérapeutique, la psychothérapie de l'avenir devant être individuelle et déduite de la psychologie clinique affective (redressement des anomalies évolutives des instincts et des tendances affectives.

M. Séglas (de Paris), en collaboration avec M. Buvat, présente 6 observations de guérisons tardives chez des malades de la série mélancolique.

AGE	DURÉE DE LA MALADIE	GUÉRISON DEPUIS	
57 ans...	7 ans 1/2	7 ans	1er accès, unique
51 — ...	Plus de 5 ans	Plus d'un an	— —
43 — ...	Plus de 11 ans	Plus de 6 ans	— —
65 — ...	12 ans	Plus de 2 1/2 ans	— —
48 — ...	Plus de 8 ans	5 ans	— suivi d'un 2e de 5 ans de durée et d'un 3e après 3 ans de guérison
59 — ...	Plus de 5 ans	Plus d'un an	4e accès, le 1er en 1901

La notion, par l'évolution antérieure, d'une forme intermittente, comme dans ce dernier cas, est un élément de pronostic des plus importants. Mais, lorsqu'il s'agit d'un 1er accès, on est souvent fort embarrassé. En effet, il n'existe pas un symptôme quelconque, qui soit un indice certain d'incurabilité. Ce qu'il faut analyser, c'est l'ensemble du tableau clinique, les relations des symptômes entre eux, leur évolu-

tion ; et ainsi établir en quelque sorte le bilan du cas particulier. Voici, à ce propos, quelques détails sur les 4 premiers malades.

1° Dépression mélancolique avec paroxysmes anxieux, idées de ruine : plus tard, délire de persécution et d'influence présentant une certaine systématisation. Indifférence ; vie végétative : évolution avec des accalmies et des reprises d'anxiété.

2° Dépression mélancolique avec anxiété fréquente et très accentuée ; idées d'auto-accusation alternant avec des idées de persécution qui se développent de plus en plus ; idées d'immortalité dans la souffrance. Délire de plus en plus stéréotypé. Lettre journalière, stéréotypée, avec de temps en temps addition d'un post-scriptum nouveau, adressée à sa femme. En même temps, lettres très normales à ses enfants : devant eux, à leur visite, aucune parole délirante. Tics anxieux persistants.

3° Dépression mélancolique ; inertie presque complète ; délire des plus monotones, limité à une seule idée : la malade admet qu'on peut la croire malade, elle conserve au réveil un paroxysme anxieux.

4° Mélancolie anxieuse avec idées de damnation : puis idées de possession. Délire monotone et stéréotypé dans sa formule et ses réactions ; mais conservation de l'affectivité et d'un certain degré de curiosité.

Malgré tout, le pronostic reste toujours difficile et incertain : et souvent il n'est qu'une affaire d'impression plutôt que d'analyse raisonnée. Seule la conservation de l'affectivité semble avoir une valeur réelle et capitale.

Dans les cas précédents, il s'agissait de guérisons, au même titre que chez des mélancoliques à accès de durée banale.

Il est d'autres cas, d'un type morbide différent, où il ne s'agit plus que de rémissions, après une atteinte de durée parfois très longue. En voici un exemple, après 11 ans de maladie.

Début en 1908, à l'âge de 29 ans : délire d'influence directe ; impression d'une suggestion, d'une action magnétique, troublant l'activité mentale et provoquant des souffrances physiques, d'abord en présence des personnes, puis à distance. Sentiment d'inhibition avec trouble émotif exagéré ; actes automatiques, impulsifs, provoqués directement, en

dehors de la volonté. Voix intérieures, sans sonorité acoustique, continuelles ; conversation à distance.

En 1911, phase catatonique, négativisme, mutisme absolu ; alimentation à la sonde ; indifférence et inertie complètes.

En 1914, l'inertie diminue, le malade s'occupe un peu, semble faire quelques lectures : mais le mutisme persiste. Il cesse brusquement en 1918 : il avait duré 7 ans.

En 1919, disparition progressive des différents symptômes morbides. Sortie.

Reprise de l'activité mentale : visites mondaines, expositions, théâtre, concerts, lectures : le malade cherche à se documenter sur tout ce qui s'est passé durant sa maladie, au point de vue social et politique : il s'intéresse à tout, très vivement ; ce qui, dit-il, est bien naturel après 11 ans de réclusion ! Il se rend un compte exact des symptômes de sa maladie. Par exemple, il dit : « J'éprouvais des impressions, j'accomplissais des actes qui paraissaient, dans une certaine mesure, étrangers à ma volonté, à ma personnalité : voilà la base. Si j'ai parlé d'hypnotisme, de magnétisme, c'est que je crois établi scientifiquement que, dans ces états, on peut agir sur d'autres personnes. Mais c'est tout ; et l'idée d'une influence extérieure n'est qune opération philosophique (*sic*) et je n'y tiens pas autrement. Pour le mutisme, il ne m'était pas dicté en aucune façon ; j'étais comme figé ; c'était très pénible, mais impossible à surmonter. A cette période, je n'avais plus de voix intérieures. » Malgré cela, le malade ne paraît pas absolument guéri : il fait preuve d'un caractère difficile, pointilleux, ergoteur, méfiant, emporté : il a toutes les allures d'un raisonnant.

A ce cas, je pourrais en ajouter un second, presque superposable, dans lequel, après 5 ans de maladie, le malade est rentré dans le monde et a repris ses fonctions sociales, d'ailleurs surtout représentatives, comme celles qu'il remplissait avant sa maladie.

Cela nous montre que, sous les vocables de démence précoce ou de schizophrénie se groupent des malades très différents les uns des autres, qu'il y aurait intérêt à distinguer ; et que, suivant la conclusion de notre rapporteur, tant qu'il n'y a pas de signes avérés de démence, il ne faut pas désespérer.

M. Dide (de Toulouse). — Le problème de la guérison tardive dans les maladies mentales sous-entend celui du pronostic et de la valeur séméiologique des méthodes d'examen.

Le pronostic de curabilité est moins paradoxal, dans les maladies constitutionnelles, lorsqu'on se souvient qu'avec Guiraud nous soutenons qu'il s'agit d'anomalies primitives du système vagospinal, qui longtemps laissent intacte la corticalité.

Cette notion de la folie expression d'une déviation somatique a été défendue cliniquement par Hesnard.

Quoi qu'il en soit, certaines psychoses guérissent sans résidu, d'autres comportent une guérison sociale (la retraite délirante que nous avons décrite avec Guiraud), d'autres enfin offrent une évolution progressive.

Peut-on tirer de l'examen méthodique des fonctions végétatives des renseignements intéressants permettant de prévoir l'avenir ? Je le crois. Il s'agit donc de distinguer, parmi les signes nombreux d'origine vagosympathique, constatés chez les aliénés, et dont je poursuis la description depuis plus de vingt ans, lesquels expriment une transformation transitoire, et lesquels traduisent une lésion définitive des cellules nerveuses somatiques. Aucun signe isolé n'offre de valeur absolue ; c'est l'association de plusieurs d'entre eux qui doit faire porter un pronostic irrémédiablement sombre : les troubles réflexes liés à des lésions de l'axe de nature endogène (Anglade 1896, Dide et Leborgne 1903, etc.). Le pseudo-œdème, la melanodermie, l'érythème pellagroïde, les modifications de la formule neuroleucocytaire (Congrès de Lille 1906), les troubles métaboliques (hypoglycémie, hypoglycorachie, etc.), associés à des déficits psychologiques portant sur la fonction symbolique en particulier (dyslogies irréductibles) ; tous ces symptômes associés permettent d'affirmer que la guérison ne se produira pas.

M. P. Sollier (de Paris). — La guérison tardive des maladies mentales soulève un certain nombre de problèmes importants. Je ne veux ici que présenter quelques réflexions sur deux points.

D'une façon générale, d'ailleurs, elles s'appliquent à un grand nombre de maladies mentales dont la durée est ordinairement longue, sans qu'on puisse comprendre à quoi tient

cette durée et à quelles causes est due la cessation des troubles. Les cas de longue durée, atteignant plusieurs années, ne font qu'accentuer l'intérêt de ce problème.

Dans une maladie, il y a lieu de considérer deux choses : l'*agent* qui la produit, *l'organe* qui en est le siège.

Quel est l'agent capable de déterminer pendant des années des troubles paraissant incurables, et qui, un beau jour, sans aucune raison apparente, s'atténue, disparaît, et permet à l'organe de reprendre ses fonctions ?

De quelle nature peut-on le supposer ? Physique, chimique, toxique, infectieux ? ou d'une essence indéterminée et inconnue ? Sous le même aspect clinique des phénomènes le même agent est-il en jeu, et serait-ce par une différence d'agents que tels cas guériraient, et tels autres non ?

Reste néanmoins toujours la question de savoir pourquoi ces agents, quels qu'ils soient, subsistent pendant si longtemps dans l'organisme dont ils doivent disparaître un jour.

Quels agents connus sont susceptibles de se comporter ainsi ? Ceci nous montre l'intérêt des recherches de bio-chimie et de biologie en général dans la médecine mentale.

L'autre question à considérer est celle de l'organe, du *cerveau* atteint. Quelle est donc la lésion ou, pour mieux dire, l'altération, la modification susceptible d'amener des troubles extrêmement graves de toutes les fonctions psychiques, et de laisser cependant l'organe dans un état tel que ses acquisitions anciennes reparaissent plus ou moins intactes, et de lui permettre même souvent d'en acquérir de nouvelles au cours de la maladie ?

Est-ce un trouble mécanique, moléculaire, de la cellule ? Est-ce une imprégnation par un agent toxique, infectieux ou chimique ? Est-ce un trouble dynamique, quoique ce terme ne signifie rien de bien précis tant qu'on n'établira pas l'existence d'une énergie nerveuse particulière ? D'ailleurs, même dans cette hypothèse, faudrait-il encore chercher l'agent qui trouble le dynamisme cérébral.

Quel que soit l'agent matériel ou dynamique en jeu, une conséquence ressort de ces faits de guérison tardive, c'est la capacité de résistance du cerveau à des troubles persistant pendant de longues années. Une autre conséquence peut s'en déduire, c'est que la gravité des symptômes mentaux n'implique pas une corrélation de gravité des altérations cérébrales.

Le pronostic des affections mentales doit donc être tou-

jours quelque peu réservé, et il serait utile de préciser quels sont les *véritables* signes de déchéance et d'incurabilité.

La *question de durée,* en physiologie comme en pathologie, est un facteur un peu négligé peut-être, et qui cependant ouvre des horizons et soulève des problèmes sur lesquels je voulais seulement attirer l'attention.

M. A. Repond (Malévoz-Monthey, Suisse). — Il faut louer le Dr Robert d'avoir eu le courage de s'attaquer à un problème aussi difficile que celui de la guérison tardive des maladies mentales. Il a fort bien exposé la question, et il y fait preuve d'une connaissance approfondie de la clinique psychiatrique.

A certains moments de son exposé, j'ai cependant éprouvé un certain malaise qui me semble provenir de ce que les termes du problème ne sont pas toujours exactement définis, et surtout de ce que certaines conceptions fondamentales sont fort divergentes chez les divers auteurs qui emploient les mêmes mots dans des acceptions tout à fait différentes. Il est évident par exemple que le concept de la démence précoce, auquel plusieurs orateurs ont fait allusion au cours de la discussion, n'avait nullement le même sens pour tous.

Il ne saurait être question de reprendre tout le problème « *ab ovo* » ; je m'efforcerai donc simplement de préciser l'un ou l'autre point.

En premier lieu, il me semble que les critères de guérison posés par le Dr Robert ne sont qu'imparfaitement définis. Il faudrait, en effet, distinguer, et ceci est une notion que j'ai fait introduire dans la statistique officielle des asiles suisses, la guérison médicale et la guérison sociale. Par la première nous entendon évidemment une restitution de l'individu « *ad integrum* ». La guérison sociale, au contraire, peut varier d'une simple réadaptation à la vie, plus ou moins passive, à un état meilleur qu'avant la maladie mentale. Ceci semble paradoxal : cependant, nous constatons assez souvent que certains schizophrènes qui, avant la psychose, étaient des instables, des hyperémotifs, deviennent, après une première atteinte, beaucoup plus pondérés, stables et travailleurs. Mais cette amélioration, étant due simplement à une diminution de leur hyperaffectivité, n'est au fond qu'un symptôme démentiel très léger. Aussi ne saurait-il donc s'agir là d'une guérison médicale.

Si l'on admet ces critères, on peut poser que seules certaines formes de psychoses seront capables d'une guérison dans le sens médical. Ce sera le cas par exemple pour des folies psychogènes, cyclothymiques ou toxiques. Par contre, les schizophrènes et les organiques ne seront susceptibles que d'une guérison sociale qui pourra d'ailleurs être, dans certains cas, plus complète, plus stable et, somme toute, meilleure, pratiquement, que bien des guérisons médicales.

Je crois aussi utile de préciser ce qu'il faut entendre par guérison tardive. A mon avis, seule devrait être qualifiée comme telle une guérison survenue après que l'état psychologique ou organique du malade aura paru fixé ou chronique. Les schizophrénies, par exemple, ont un cours et une durée très variable. Mais tant que leur tableau morbide se sera trouvé en constante évolution, la question de durée ne saurait suffire à elle seule à faire établir si la guérison peut être dite tardive ou non.

Je sais bien que, pratiquement, on est obligé de faire intervenir l'élément temps. Notamment dans les pays qui, comme la Suisse, prévoient le divorce pour cause d'aliénation mentale, il a bien fallu fixer une durée approximative après laquelle les conditions données par la loi devaient être jugées comme remplies. Le paragraphe 141 du Code Civil suisse dit ceci : « Chacun des époux peut demander le divorce en tout temps pour cause de maladie mentale de son conjoint si cet état rend la continuation de la vie commune insupportable au demandeur, et qu'après une durée de 3 ans, la maladie a été reconnue incurable à dire d'experts. »

Je vous fais remarquer que deux conditions doivent donc être remplies pour que le divorce puisse être prononcé pour cause d'aliénation mentale, et que la première de ces conditions est essentiellement restrictive. Elle prévoit en effet implicitement qu'un malade guéri socialement, donc apte à reprendre la vie commune, ne saurait être l'objet d'une action en divorce. C'est ainsi que bon nombre de schizophrènes incurables, dans le sens médical, sont protégés par l'article de notre loi. Je crois donc que, pour les pays qui n'ont pas introduit l'aliénation mentale comme cause de divorce, une telle manière de faire ne saurait être dangereuse et que les objections présentées par divers orateurs au principe de ce motif de divorce peuvent être aisément réfutés.

Pour terminer, je désirerais dire quelques mots à propos

des conditions dans lesquelles les guérisons tardives me paraissent se produire le plus fréquemment, voire même avec une certaine régularité. M. Robert a fort bien exposé la nécessité d'une observation clinique constante des aliénés afin de pouvoir déceler chez eux les éléments sains qui permettent d'espérer tôt ou tard une guérison. Il n'a pas été jusqu'au bout de sa pensée, et notamment n'a pas parlé des expériences, des tentatives qu'il est bon de faire de temps en temps sur les aliénés chroniques, notamment sur les schizophrènes. Comme vous le savez, nous appelons autisme l'isolement affectif dans lequel se renferment les schizophrènes et qui leur fait perdre plus ou moins le contact avec la réalité. J'estime, et l'expérience nous a donné raison dans de nombreux cas, qu'il faut de temps en temps, et par des mesures hardies, que d'aucuns qualifieront peut-être d'imprudentes, tenter de rompre cet autisme. Une des conditions dans lesquelles cette rupture se produit le plus facilement est le changement de milieu.

Les psychiatres ont fait depuis longtemps l'expérience que le transfert de malades chroniques dans un nouvel établissement pouvait, dans bien des cas, provoquer une amélioration. On a créé en allemand, pour cette constatation, le mot de « Versetzungsbesserung ». J'ai eu moi-même l'occasion d'expérimenter plusieurs guérisons analogues, survenues après de longues années d'un délire chronique paraissant parfaitement incurable. Je ne citerai que le seul cas d'un individu interné depuis environ 15 ans et qui, quelques jours après son arrivée chez moi, redevint, apparemment, entièrement normal. Il avait dépouillé extérieurement tout son autisme et demeura guéri. Au surplus, le délire ancien n'était pas mort, mais simplement inactivé, et c'est là un phénomène intéressant, auquel divers orateurs ont déjà fait allusion aujourd'hui et qu'il serait intéressant de poursuivre. La preuve en est qu'un jour, un des médecins de l'asile où il avait été précédemment soigné étant de passage dans mon établissement, vit le malade. Immédiatement ce dernier, qui, je le répète, depuis plusieurs mois se comportait tout à fait normalement, commença à adresser à ce médecin des reproches délirants et des injures : sa physionomie prit une expression paranoïde, bref, je redoutai un moment que l'ancien délire, cristallisé et inactif, ne reprît vie.

Si de telles améliorations ou guérisons tardives se produi-

sent assez fréquemment lors du transfert d'aliénés chroniques dans d'autres établissements, il est une autre mesure qui agit encore avec plus d'énergie, c'est le renvoi à l'essai du malade dans sa propre famille ; quand les parents veulent bien s'y prêter. Il est vrai que si ces derniers ne le font pas de bon gré, nous avons fort heureusement certains moyens de les y contraindre. Bref, nous renvoyons assez souvent de tels malades chez eux, à l'essai. Il arrive parfois qu'une première tentative échoue, mais cela ne nous décourage pas, et après un certain laps de temps nous recommençons l'expérience. Depuis que nous employons cette manière de faire, les guérisons tardives chez des schizophrènes, dont les cas apparaissaient comme désespérés, sont devenues d'observation assez fréquente.

M. Raoul LEROY (de Paris). — M. Robert rappelle dans son rapport une communication faite par moi, en 1912, à la Société médico-psychologique, sous le titre : *A propos du divorce. Rémission très complète survenue chez une démente précoce (?) au bout de six années.* Il s'agissait d'une femme aménorrhéique, avec un utérus incomplètement développé, cependant mère d'un enfant mort de faiblesse congénitale, entrée en 1906, à 31 ans, à Ville-Evrard, pour un délire hallucinatoire avec incohérence. Pendant six ans, elle présenta le tableau clinique complet d'une démente précoce : gestes et attitudes stéréotypées, grimaces, rires automatiques, impulsions violentes, gâtisme, inconscience et indifférence totales. Les écrits, avec néologismes et stéréotypies verbales, n'avaient ni le caractère maniaque ni le caractère confusionnel. Cette malade s'améliora progessivement et put quitter l'asile en 1912 dans un état de rémission impressionnant. Je n'avais pas osé dire : guérison, et avais seulement parlé d'une rémission très complète.

J'ai suivi cette femme depuis 1912 ; elle a travaillé plusieurs années dans une usine de la Maltournée et vit maintenant dans son ménage. Elle vient me voir de temps à autre et je puis certifier aujourd'hui la guérison. C'est une petite femme propre, ordonnée, active, m'entretenant de son passage dans mon service, reconnaissante des soins donnés. Elle se garde bien de parler de Ville-Evrard devant des personnes étrangères.

Cette observation, qui remonte maintenant à près de 20 ans, confirme ce que vient de nous dire M. Séglas avec sa grande autorité. Il y a des malades présentant tous les symptômes cliniques de la D. P. qui guérissent.

Un nouveau cas de guérison tardive, par MM. ARNAUD et VIGNAUD (de Paris). — Nous avons présenté, l'année dernière, au Congrès de Bruxelles, en collaboration avec le Dr Sollier, un cas de guérison tardive survenue après seize années d'un état mélancolique continu et grave.

La nouvelle observation que nous rapportons aujourd'hui est moins exceptionnelle, l'affection mentale, ou plutôt l'accès qui s'est terminé par la guérison, n'ayant duré qu'un peu plus de 5 ans.

Ici encore, il s'agit d'un état de mélancolie anxieuse avec idées très actives de suicide, chez une femme de 46 ans, Mme F...

Antécédents héréditaires : Un frère mort de « fièvre de boisson » (?) ; un autre frère suicidé.

Antécédents personnels. — Dès l'enfance, caractère difficile, opiniâtre, autoritaire, très irritable. On disait d'elle qu'elle n'était pas « comme les autres ».

Au moment de sa première communion, vers 12 ans, scrupules religieux. D'ailleurs, d'une manière générale, elle était hésitante en toutes choses, aboulique, perdant beaucoup de temps en atermoiements.

Se marie vers 30 ans, et son mari remarque très vite ces hésitations, cette aboulie, cette extrême difficulté à prendre une décision. Naissance d'un enfant, pas d'incident notable. En 1905, perte assez abondante. Mme F. en conclut qu'en prenant une injection elle s'est fait avorter. Cette idée la préoccupe, la tourmente même pendant quelque temps ; puis, elle semble n'y plus penser.

Mais, en 1913, après un retard de ses règles, elle a une nouvelle perte abondante, et l'idée qu'elle a provoqué un avortement en prenant des injections reparaît et devient progressivement obsédante. Mme F. se reproche d'avoir manqué au premier devoir d'une femme, la maternité. Elle devient triste, parle constamment de cet accident, dit qu'elle est une criminelle, qu'elle va passer en justice, etc. Des préoccupations hypocondriaques, relatives aux fonctions digestives, s'ajoutent aux idées mélancoliques et de culpabilité. Bientôt, apparaissent des idées de suicide si nettes que son mari la surveille de jour et de nuit. En septembre de cette année

1913, première tentative de suicide : son mari a juste le temps de la saisir au moment où elle veut se jeter par la fenêtre. Quelques jours après (octobre 1913), la malade entre dans une maison de santé libre, à Paris. Persistance des idées d'auto-accusation, d'indignité, de suicide. Nombreuses tentatives : elle cherche à s'étrangler, brise son dentier et l'avale, enfin elle se jette par la fenêtre, et c'est alors qu'elle nous est amenée, le 29 janvier 1914.

Délire mélancolique, avec crises d'anxiété, idées de suicide très actives et idées de persécution : en même temps qu'elle s'accuse, prétend qu'on se moque d'elle, qu'on la pousse à mal faire, qu'on veut faire du mal à son fils, etc. Malgré la plus active surveillance, les tentatives de suicide se multiplient, à ce point qu'aucune garde ne consent plus à rester auprès de cette malade. On la transfère à Ste-Anne, le 2 juillet 1917, puis à Villejuif. Là, elle fait une tentative de suicide par brûlure de la tête, qui exige son envoi au pavillon de chirurgie de Ste-Anne. Ses plaies guérissent lentement, la laissant défigurée.

Vers la fin de 1918, amélioration progressive de l'état mental, la malade a conscience de ses troubles mentaux antérieurs. Elle revient chez elle en juin 1919, après plus de 5 ans de maladie confirmée. Depuis, la guérison s'est maintenue, nous en avons pour preuves des lettres de la malade et de son mari. La dernière lettre de celui-ci (30 déc. 1922) nous dit : « Ma femme se porte on ne peut mieux, est toujours très gaie et ne cause jamais plus des mauvais jours. » La dernière lettre de Mme F... (20 déc. 1923), nous annonçant la mort de son mari, est parfaitement normale, sans aucune exagération de tristesse. Depuis cette date, nous n'avons plus de nouvelles.

A propos de 20 cas de guérisons tardives, par le Dr Calmettes (de Limoges). — Nous n'avons pas l'intention de prolonger inutilement le débat et la prétention de refaire en termes moins choisis le travail si documenté du rapporteur. Ce n'est que l'abondance des faits cliniques qui nous détermine à prendre ici la parole. Dans l'espace de 10 ans, nous avons observé 20 malades dont la guérison a eu lieu après cette période de trois ans, qui paraît nécessaire pour que la guérison puisse être qualifiée de tardive. Nous avons publié 7 observations en 1912 ; de 1919 à 1924, nous avons observé 13 cas : le nombre des sorties a été de 750 dans ces 5 ans — la proportion de guérisons tardives est donc supérieure à 1,5 0/0. Nous ne nous occuperons aujourd'hui que de ces 13 dernières observations. Nos observations confirment en tous points les conclusions du rapporteur. Comme ceux de

tous les auteurs qui se sont occupés de guérisons tardives, nos malades peuvent être rangés sous trois rubriques :

1° Etats maniaco-dépressifs : 7 cas.

2° Délires peu ou prou systématisés succédant ou s'accompagnant d'un état psychonenotique, à forme maniaco-dépressive : 4 cas.

3° Etats qualifiés de démence précoce : 2 cas.

Comme Pétren, comme le rapporteur, nous voyons que ces psychoses à guérison retardée sont surtout des psychoses exogènes arrivant à la suite d'un choc, émotion, traumatisme, etc. Ces psychoses paraissent pouvoir être opposées aux psychoses endogènes où la prédisposition, la diathèse jouent le principal rôle.

Depuis 1919, c'est-à-dire, depuis la guerre, nous avons observé 13 cas qui ont apparu à la suite des émotions et chocs déterminés par le drame mondial, et ceci nous paraît justifier la notion générale de cause exogène à la base des psychoses à guérison tardive. Nous dirons de plus que ce sont surtout des psychoses de cerveaux valides non malades appartenant à des professions libérales : institutrices, employés des postes, employés de commerce, ouvriers et cultivateurs instruits. Dans cette anarchie cellulaire qui semble la condition de ces désordres psychiques, la validité de l'élément noble paraît être la condition de son triomphe : sa vitalité lui permet de réfréner les éléments désorganisateurs et de refaire ainsi la synthèse mentale. Cette lutte ne va pas sans à-coups, d'où la durée de la bataille et ces périodes où l'on croit que tout est perdu.

Ces psychoses ne récidivent en général pas sur les malades dont nous avons publié l'observation en 1912 ; une seule a fait un nouvel accès ; les autres vivent au dehors depuis 13 ans, les unes dans des conditions particulièrement pénibles, sans que leur mentalité ait faibli. Le début de ces affections est brusque en général, et ceci est d'un pronostic favorable.

Ces psychoses succèdent, dans la plupart des cas, à des états dépressifs avec délire mélancolique peu ou prou accusé. Si les anamnestiques nous permettent de retrouver la phase mélancolique dans l'évolution de la maladie, il faut être très réservé sur le pronostic et ne parler d'incurabilité que si des

raisons majeures nous obligent à prononcer ce mot — sans cela on peut déterminer des catastrophes.

Une de nos malades a quitté l'asile après 14 ans de séjour, nous l'avions observée 3 ans après le début de la maladie. Le diagnostic de délire chronique ayant été porté, l'incurabilité avait été admise, on a liquidé son avoir et son mari s'est créé un autre foyer. Quand elle a quitté l'asile, elle n'avait plus personne qui veuille s'occuper d'elle ; le début de la maladie avait été caractérisé par un état dépressif qui aurait dû orienter différemment le pronostic. Cet exemple nous a permis de ne pas désespérer de l'état d'une jeune malade qui présentait tous les signes de démence précoce avec tendance à la désagrégation mentale — nous avons eu la satisfaction de la voir quitter l'Asile après 5 ans de séjour — ici le début par la mélancolie dépressive avait été très net, mais, 4 ans après l'entrée, il ne restait plus de traces de la psycho-névrose initiale.

Mais avant tout, ce qui permet de ne pas désespérer de la guérison, c'est la conservation de l'affectivité, l'intensité des réactions émotives, la concordance entre l'état affectif et les réactions des malades. L'expérimentation peut, elle, aider à formuler un pronostic.

Nous avons vu trois malades qui présentaient des signes de chronicité guérir d'une façon que l'on peut qualifier de miraculeuse au cours d'une paratyphoïde ; ordinairement, il n'y a qu'une rémission au cours de la maladie fébrile, ici, la guérison s'est maintenue depuis 2 ans. Ces constatations nous ont incité à provoquer, chez nos malades à guérison retardée des abcès de fixation successifs suivant la technique de Mlle Pascal ; les résultats obtenus sont très intéressants, soit qu'il s'agisse de vérifier le fonds mental, soit de déterminer les rémissions qui peuvent se transformer en guérisons.

Il nous paraît inutile de répéter qu'en médecine mentale, comme en médecine générale, il ne faut pas faire uniquement le pronostic avec le calendrier.

Dans chaque cas particulier, l'idéal serait de pouvoir faire le quotient de résistance individuelle en additionnant les causes soit psychiques soit physiques qui aggravent ou favorisent le pronostic, mais la médecine mentale ne s'accommode pas de formules, et il y a chez elle un certain nombre d'impondérables qui viennent renverser les calculs les mieux établis.

Cependant, l'expérimentation psychique, les recherches biologiques ont un résultat qui peut être fécond; elles contribuent à développer cette idée chez le patient que sa souffrance n'échappe pas aux lois biologiques ordinaires et qu'il est un malade comme tout le monde. Quand l'aliéné arrive à avoir la conscience de la nature morbide des phénomènes qu'il éprouve : dépression ou délire, un grand pas vers la guérison est fait ; cette conscience de la nature morbide des phénomènes observés, nous l'avons trouvée dans beaucoup de nos observations, et elle nous paraît être d'un pronostic favorable ; elle permet au malade de lutter contre le parasitisme cérébral, contre cette force ennemie dont Nau nous décrivait autrefois les ravages d'une façon saisissante. Nous devons aider le malade dans cette voie.

Et ici, il ne nous semble pas inutile de dire que nos asiles encombrés, avec leurs ateliers au travail monotone et stéréotype sont peu favorables au développement de l'activité volontaire ; ils développent, au contraire, la tendance à la rêverie, à la rumination mentale, et pour des malades schizomaniaques, qui ont tendance à se détacher de plus en plus de la vie extérieure, cette inertie est très préjudiciable.

Il est nécessaire de favoriser le plus possible le contact avec le milieu extérieur par les sorties à l'essai, le travail en dehors des quartiers, bref, tous les moyens qui permettent de réveiller l'activité volontaire du sujet.

Nous avons cru devoir signaler ces nombreux cas de guérison tardive pour montrer combien devra être prudent l'expert qui aura à se prononcer sur l'incurabilité d'un malade mental.

M. Courbon, de Stéphansfeld. — 1° Différence entre la chronicité et l'incurabilité. — Aucun symptôme n'étant pathognomonique, c'est l'état du jugement et de l'affectivité tel que le révèle la conduite du malade, et non ses paroles, car la conservation de la rhétorique verbale peut faire illusion, qui permet le pronostic. La *chronicité* d'un syndrome psychopathique quelconque se traduit cliniquement par la monotonie délirante au point de vue intellectuel et, au point de vue affectif, par la restriction de l'intérêt que prend le malade aux choses et aux êtres qui l'entourent, et même à son délire. Mais ces signes n'indiquent que la chronicité et

ne préjugent pas du pronostic. — L'*incurabilité* d'un syndrome psychopathique quelconque ne s'affirme au point de vue intellectuel que lorsqu'il y a perte complète du jugement, c'est-à-dire quand toutes les réactions du malade sont constamment arbitraires et inopportunes. Elle ne s'affirme au point de vue affectif que lorsqu'il y a indifférence absolue, c'est-à-dire quand le malade n'a d'intérêt à rien, ni à personne, travaille sans goût ou délire sans passion.

Il importe de ne pas confondre la perte du jugement avec sa viciation ; celle-ci comporte une conduite cohérente et logique ; celle-là comporte une conduite incohérente et arbitraire. Le délirant a un jugement vicié ; le dément n'en a aucun. Il ne faut pas confondre l'indifférence avec l'inhibition de la mélancolie, de la confusion, de l'état mixte, de psychose maniaque dépressive.

2° Importance pour le pronostic des signes physiques. — Le retour de la formule physiologique organique antérieure à l'éclosion de la maladie mentale précède parfois de plusieurs mois la guérison de celle-ci. Réapparition du sommeil (Hippocrates), de la coloration normale de la peau (Guislain), du rythme des règles, des poussées diathésiques, comme les migraines, les eczémas, les hémorrhoïdes, qui sont suspendues pendant toute la durée de la psychose. Le retour de la susceptibilité médicamenteuse, de la frilosité — une aliénée qui depuis les dix années de son internement passait impunément les hivers presque nue sous la neige, attira l'attention du personnel pendant l'hiver qui précéda le printemps où elle guérit, par sa frilosité excessive, — la transformation du R. O. C., etc., sont parfois les avant-coureurs de la guérison.

A côté de la maladie organique intercurrente survenue inopinément, qui cause vraiment la guérison en modifiant le substratum biologique qui conditionnait la psychose, il y a lieu d'admettre une autre maladie organique intercurrente, qui est un simple effet du processus biologique de guérison, processus apparu spontanément et qui a rendu le sujet accessible aux agents pathogènes, vis-à-vis desquels il était réfractaire tant qu'il était psychopathe. Le premier type de maladie organique intercurrente détermine la guérison ; l'autre ne fait que l'annoncer.

M. Robert (*Rapporteur*). — Je remercie les orateurs qui ont bien voulu prendre la parole à l'occasion de mon rapport. M. Trénel nous a apporté de très intéressantes statistiques. Elles démontrent que les guérisons tardives des psychoses ne sont pas exceptionnelles. Ce fait devra particulièrement attirer l'attention du législateur dans une discussion, sans doute prochaine, d'une disposition légale tendant à faire admettre, dans certaines conditions, l'aliénation mentale au nombre des causes de divorce.

Avec M. Vermeylen je considère, et c'est l'opinion que j'ai soutenue dans mon rapport, que l'observation des phases évolutives des psychoses est susceptible de nous apporter de précieux enseignements sur leurs indices d'évolution. C'est elle qui nous permettra d'établir le bilan intellectuel et affectif des malades, d'évaluer leurs possibilités de restauration mentale ou de constater leur acheminement vers la démence.

Je partage sans réserve l'opinion de M. Hesnard et je crois avec lui que le secret du pronostic est dans la connaissance de la vie affective du malade. Toute méthode d'investigation qui nous permettra de mesurer le potentiel affectif des psychopathies sera un précieux auxiliaire pour l'établissement du pronostic. M. Hesnard et M. Répond me reprochent de n'avoir pas suffisamment insisté sur les états schizophréniques. Ce n'est pas un oubli de ma part, c'est une omission volontaire. Je considère, peut-être à tort, que ces états dont l'expression clinique est diverse demandent à être précisés. Leur étude est à l'ordre du jour du prochain Congrès et je n'aurai plus alors l'excuse de les mal connaître.

M. Séglas a bien voulu, à l'occasion de mon rapport, communiquer au Congrès de très intéressantes observations de guérison tardive. Je le remercie de son intervention. Nous avons écouté avec le plus grand intérêt les remarquable considérations d'un maître de la psychiatrie contemporaine dont l'autorité et la science sont unanimement reconnues et admirées.

A M. Dide qui me reproche d'avoir peut-être trop fait confiance à la clinique, je ferai observer que je n'ai exclu aucune méthode d'investigation. Je n'ai méconnue la valeur ni des tests psychologiques, ni des examens de laboratoire,

des formules humorales ou cytologiques, ni de l'examen du système neuro-végétatif, etc., que je considère comme des auxiliaires importants au service de la clinique, la science maîtresse, à mon avis, pour l'étude des phénomènes de psychologie morbide.

J'adresse enfin mes remerciements à MM. Sollier, Arnaud, Leroy, Courbon et Calmettes qui nous ont apporté des faits intéressants de guérison tardive bien observés et suivis pendant plusieurs années. Ce sont autant de documents cliniques qu'il convient de retenir.

2me RAPPORT

NEUROLOGIE

LES ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES FAMILIALES

RAPPORTEUR : **M. O. CROUZON (de Paris)**

RÉSUMÉ DU RAPPORT

Dans le groupe des encéphalopathies infantiles, le rapporteur ne retient que les familiales, c'est-à-dire celles qui frappent habituellement de nombreux sujets d'une même famille à la même génération, et se répètent dans cette même famille dans les générations successives, qui affectent dans une même famille une forme symptomatique et une évolution presque absolument identiques chez chacun des sujets atteints, et débutant à peu près au même âge chez tous les enfants d'une même génération, qui apparaissent chez ces sujets comme la conséquence d'une tare originelle du germe devenant manifeste, par le seul fait du développement, et le plus souvent indépendamment de toute influence extérieure d'une affection acquise ou d'un accident de la vie intra-utérine ; enfin, chez lesquels ces divers caractères constituent la règle et non l'exception.

Dans ce groupe, il existe 1° des encéphalopathies infantiles familiales typiques, les unes toujours infantiles, les autres quelquefois ou exceptionnellement infantiles ; 2° les encéphalopathies infantiles familiales atypiques.

Dans sa description, l'auteur passe en revue successivement :

Les psychoses infantiles familiales ;

L'idiotie amaurotique familiale ;

La maladie de Wilson et les maladies apparentées à la dégénérescence hépato-lenticulaire (maladie de Westphal-Strumpell avec pseudo-sclérose et spasme de torsion) ;

Les diplégies cérébrales infantiles de formes diverses ;

L'atrophie cérébelleuse idiotique ;

L'hérédo-ataxie cérébelleuse.

La myoclonie-épilepsie ;

Les chorées et tremblements familiaux ;

Les affections oculaires familiales.

Enfin, l'auteur y fait une longue énumération des encéphalopathies atypiques infantiles de caractère familial.

L'auteur, dans ses conclusions, montre que, dans l'étude de chacune de ces encéphalopathies, il existe encore un certain nombre de points obscurs, et met en évidence les points qui peuvent être l'objet de discussions ou de recherches ultérieures (étiologie et anatomie pathologique de l'idiotie amaurotique ; pathogénie de la maladie de Wilson ; lésions de la myoclonie-épilepsie ; rapprochements nouveaux à faire dans les maladies familiales atypiques, etc...).

En outre, dans son rapport, l'auteur fait une étude d'ensemble sur les maladies familiales atypiques et expose quelques considérations générales sur le caractère familial, sur les lois de l'hérédité, sur l'étiologie et l'anatomie pathologique générale dans les maladies familiales, en envisageant spécialement les encéphalopathies infantiles présentant ces caractères.

MM. Roger et Reboul-Lachaux (de Marseille). — Nous désirons apporter quelques observations qui ne font que confirmer le très intéressant rapport de M. Crouzon, plus particulièrement au sujet du diagnostic de certaines encéphalopathies familiales infantiles.

Le diagnostic est relativement facile quand les parents, spontanément ou à la faveur de l'interrogation méthodique de l'anamnèse, font connaître d'autres cas parmi les ascendants plus ou moins directs, exception faite pour le cas où la famille a quelque intérêt (moral ou autre) à cacher même

au médecin ses tares nerveuses ; mais faisons ici allusion à une hérédo-ataxie cérébelleuse qui fut plus tard invoquée par un conjoint comme motif de divorce.

Le diagnostic est plus délicat quand on se trouve en présence d'un cas princeps, d'un cas encore isolé.

Il faut éviter deux excés :

1° *Rattacher à une maladie abiotrophique familiale du système nerveux des affections similaires apparues chez des frères ou sœurs sous l'influence de tares pathologiques acquises par les parents.* Le dépistage de ces tares (alcool et surtout syphilis) doit être poursuivi par tous les procédés d'investigation clinique et biologique. On mène un jour à la consultation de notre service hospitalier deux sœurs atteintes de syndrome de Little ; avant de ranger ces cas dans les diplégies cérébrales familiales de Freud nous recherchons systématiquement l'hérédo-syphilis : B.-W. négatif dans le sang de la mère et des deux enfants, dans le L.-C.-R. d'une d'elles, mais positif chez le père qui présentait de l'inégalité pupillaire et qui ultérieurement fit de la paralysie générale (Roger et Mlle Simadja, *Société Méd. Hôp.*, Paris, 1921).

2° *Rapporter à une hérédo-syphilis qui n'est pas démontrée, un cas princeps de maladie familiale.*

Le problème était particulièrement délicat dans un cas rapporté récemment par nous (Roger, Aubaret et Reboul-Lachaux, *Société oto-neuro-oculistique du Sud-Est,* mai 1925) et dont l'observation paraîtra ultérieurement dans la *Revue d'Oto-neuro-oculistique.*

Un nourrisson de 13 mois, arrêté dans son développement intellectuel, nous est amené avec un syndrome assez spécial d'atonie de la tête et du cou rappelant par certains côtés la myatonie congénitale d'Oppenheim et de rigidité des membres inférieurs qui alla s'accentuant en même temps que s'installaient des troubles de la déglutition, de l'hyper-acousie, de petites crises comitiales, de l'hydrocéphalie. Le L.-C.-R. présentait une xanthichromie nette sans hyperalbuminose et avec minime lymphocytose (4 par mmc.) ; l'examen du fond de l'œil montrait une atrophie optique bilatérale. La mort survint à l'âge de 3 ans. Notre diagnostic, comme celui du professeur Marfan, qui eut l'occasion de voir ce malade, fut méningo-encéphalite infantile, de

cause indéterminée ; malgré le B.-W. négatif de l'enfant (sang et L. C.-R.) et des parents et l'absence d'antécédents suspects, un traitement spécifique avait été longtemps continué sans résultat.

Un cas analogue survenu chez un frère, vu après la mort du premier enfant, devait éclairer notre diagnostic, parce que plus typique : arrêt de développement intellectuel à l'âge de 6 mois, tête ballante et rigidité du tronc et des membres inférieurs empêchant le malade de s'asseoir, troubles de la déglutition, enfin, fait très important, lésion de la macula avec tâche rouge centrale qui impose le diagnostic d'idiotie amaurotique familiale.

Nous devons ajouter que ces deux enfants sont issus de cousins germains israélites habitant Marseille, mais dont les familles sont originaires de Tunisie.

Voilà nos observations où, à côté de lésions rétiniennes typiques chez le second enfant, on n'a trouvé chez le premier qu'une atrophie optique d'apparence banale. Etant donnés les symptômes neurologiques il n'est pas cependant douteux qu'il s'agisse chez le premier comme chez le deuxième, de Tay-Sachs.

Nous voudrions, en passant, faire une remarque au sujet dû terme de maladie « familiale » accolé à celui d' « idiotie amaurotique » et qui ne correspond pas toujours à la définition classique. Pour la maladie de Tay-Sachs, comme pour d'autres maladies similaires, il s'agit plutôt d'une affection de plusieurs frères ou sœurs que d'une maladie familiale typique ; ces enfants meurent entre 2 et 3 ans et les cas tardifs (forme juvénile) succombent avant que ces individus aient procréé ; d'autre part, du moins dans les observations les plus récentes, on ne trouve pas d'hérédité ancestrale ni collatérale nette.

Un dernier mot pour éclairer un petit problème assez délicat qui risque d'être posé au médecin quand des parents ont eu un enfant atteint d'idiotie familiale et demandent avis au sujet de la possibilité d'autre grossesse et du devenir de pareils rejetons. Au père qui nous demandait conseil après la mort de son premier enfant (pour lequel nous n'avions, d'ailleurs, pas porté le diagnostic de Tay-Sachs), nous ne fûmes pas embarrassés pour répondre, l'encourageant à la procréation d'autres enfants. Après la maladie qui vient d'évoluer chez le second enfant — et dont nous n'avons pas caché le caractère

familial — si nous étions consultés, nous serions assez embarrassés. Nous nous contenterions de mettre les parents au courant des faits connus, qui sont assez disparates (4 malades sur 6 enfants dans le cas de Naville, 2 sur 12 dans des observations américaines) et nous les laisserions à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause.

M. Maurice Dide (de Toulouse). — Le travail de M. Crouzon consacre toute une vie d'études sur ce sujet et le nom du rapporteur, attaché à la discrimination de plusieurs formes intéressantes, l'est aussi à l'application des lois de Mendel à la neuro-psychiatrie.

Depuis Cunéo, de Vryès et d'autres, on a adapté à la série animale les constatations célèbres de Mendel, faites en botanique. Mais ces généralisations ont presque exclusivement porté sur les tissus d'ordre ectodermique. Depuis bien des années déjà, j'ai tenté de déceler les lois de mutation héréditaire par croisement portant sur les tissus mésodermiques. J'ai pu établir dans la race porcine des règles assez complexes de familialité par l'étude des systèmes conjonctivo-vasculaires et osseux.

Quoi qu'il en soit, j'estime que la familialité des encéphalopathies infantiles appartient à des séries de caractères transmis d'ordre embryologique et histologique différent.

a) Les *dystrophies ectodermiques* sont surtout caractérisées, au point de vue histologique, par la dégénération de Schaffer des cellules nerveuses (énorme développement des grains lipoïdes avec formation de véritables hernies, parfois de diverticules lipoïdes sur les prolongements). La localisation et la précocité du processus fournit le type de la maladie.

L'idiotie amaurotique de Tay-Sachs frappe tout l'encéphale (cerveau, cervelet, rétine) de façon précoce. Nous avons décrit avec Frenkel un type infantile (début à 7 ou 8 ans). Oatmann-Batten signalent un type juvénile (14 ou 15 ans).

J'ai décrit, au Congrès du Puy (1913), une forme familiale de démence très précoce, sans retentissement cérébelleux, où j'ai retrouvé la dégénérescence de Schaffer.

Un autre type de dystrophie neuro-épithéliale est fourni par *l'atrophie simple et la substitution d'un feutrage névroglique* important. Il semble que les diplégies cérébrales de Freud, et particulièrement les types Pesker-Cestan-Guillain, Bourneville et Crouzon, appartiennent à cette catégorie ana-

tomo-pathologique. Il n'est d'ailleurs pas impossible que la dystrophie cellulaire du type Schaffer évolue ultérieurement vers l'atrophie.

b) Les dystrophies conjonctivo-vasculaires ont été peu étudiées en neuro-pathologie. Récemment signalées comme affections familiales, il semble que les méningites de la base, observées par Crouzon, Trétiakof et Behague dans les ophtalmoplégies, appartiennent à ce groupe.

c) Certaines affections nerveuses dépendent d'une pathogénie complexe et je suis porté à croire de cet ordre la maladie de Wilson, où les lésions hépatiques associées à une atrophie lenticulo-striée, ne peuvent s'expliquer que par une fragilité combinée et élective d'éléments d'origine ecto et mésodermique.

Malgré leur caractère encore conjectural à certains égards, il me semble que ces suggestions, déjà basées sur un matériel important, peuvent servir de point de départ à de nouvelles recherches.

M. Marinesco (de Bucarest), présente un *Essai de pathogénie de l'idiotie amaurotique.*

Nous avons tenté, dans un travail antérieur, en nous basant sur des recherches d'histologie fine, d'élucider le problème de la genèse des lésions de l'idiotie amaurotique infantile. Nous avons soutenu que le gonflement des cellules nerveuses et de leurs dendrites est l'expression de l'augmentation de la tension osmotique intracellulaire ; il ne s'agit pas là d'un phénomène simplement physique en rapport avec l'hydrophilie du système nerveux de l'enfant, mais d'un phénomène physico-chimique dû à l'hydrolyse, qui, après avoir séparé les lipoprotéides, réalise une scission de particules protéiques, sans pouvoir affirmer quels sont les derniers termes de cette scission.

Il se produit en outre un changement dans la réaction de milieu de la cellule qui s'oppose à la précipitation des granulations colloïdales et empêche ainsi la production des corpuscules de Nissl. Les grosses molécules de protéides sont probablement transformées en albumoses ou polypeptides, le nombre des particules organiques augmente progressivement, dans les cellules et leurs prolongements, et entraîne une augmentation de la tension osmotique, d'où apport plus grand d'eau dans le cytoplasma. La membrane cellulaire se com-

porte peut-être comme une membrane semiperméable. En outre du processus de séparation des lipoprotéides, les mitochondries subissent le même sort de désintégration, et leurs produits prennent part, probablement, à la formation des lipoïdes.

Nous avons constaté d'autres faits d'une importance majeure, à savoir : la diminution, voire même la disparition des ferments oxydants et du fer, instruments nécessaires aux phénomènes des respirations intracellulaires.

D'autre part, la méthode de Best nous a montré une surcharge de glycogène dans les cellules névrogliques et même la présence de cette substance dans les cellules nerveuses, constitue un phénomène qui relève également de l'altération du fonctionnement des enzymes. Enfin, en mettant en parallèle, d'une part, les lésions profondes de protéolyse et d'accumulation des lipoïdes à l'intérieur du cytoplasma et, d'autre part, l'intégrité relative du noyau, nous avons conclu que la cause initiale qui réalise les lésions cellulaires dans l'idiotie amaurotique infantile réside dans le cytoplasma. Or, les recherches de Meves ayant montré le rôle des mitochondries dans l'hérédité, mitochondries que nous avons trouvées altérées et l'absence de ferments oxydants nous ont conduit à expliquer le caractère familial de l'hérédité, dans l'idiotie amaurotique, par une perturbation de l'activité des oxydases et des mitochondries. Nous pensons que la théorie que nous avons proposée pour expliquer les lésions de l'idiotie amaurotique infantile peut s'appliquer également, avec quelques légères modifications nécessitées par l'âge des sujets, à la forme tardive de l'idiotie amaurotique infantile. D'ailleurs, nous saisissons cette occasion pour mieux préciser nos idées sur le mécanisme biochimique de la maladie qui nous occupe.

Le gonflement des cellules nerveuses, dans les diverses formes d'idiotie amaurotique, tout en étant un phénomène morphologique essentiel des divers types de cette maladie, n'est pas un phénomène primitif, malgré l'hydrophilie très accusée de la substance grise du cerveau chez l'enfant. Il s'y ajoute un trouble d'osmonocivité dû aux phénomènes de désintégration chimique qui se passent dans les membranes des cellules du névraxe, phénomènes plus accusés dans l'écorce cérébrale. Cette osmonocivité résulte du travail de désassimilation, dû à la protéolyse et à la lipolyse, qui augmentent la tension osmotique d'une façon progressive. On sait, en effet, que la tension

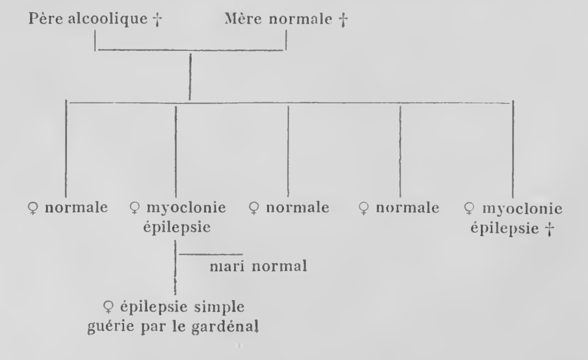
osmotique est proportionnelle au nombre des molécules dissoutes. Mais, le travail de simplification qui démolit les grosses molécules colloïdales de lipoprotéides et de protéides n'est pas suivi, comme à l'état normal, d'un travail de synthèse qui réunit plusieurs molécules en une seule. Quelle est la cause initiale de la protéolyse et de la lipolyse ? Et pourquoi le travail de désintégration n'est pas suivi d'une reconstruction des grosses molécules de protéides et de lipoprotéides ? Ici, on se trouve dans le domaine des hypothèses, qu'on ne peut pas préciser, à l'état actuel de nos connaissances.

On pourrait cependant supposer que la destruction progressive des molécules protéiques qui caractérise la protéolyse de l'idiotie amaurotique serait due à l'absence d'un antiferment, voire même à la diminution de son activité et, d'autre part, que le défaut de synthèse résulte de la diminution progressive des ferments oxydants. En effet, mes nombreuses recherches sur les phénomènes de régénérescence des nerfs ont montré que les ferments oxydants ont un rôle essentiel dans les phénomènes de synthèse qui suivent la dégénérescence des nerfs sectionnés ou altérés. A ce point de vue, on peut rapprocher les processus qui se déroulent dans les cellules nerveuses du névraxe des sujets atteints d'idiotie amaurotique de phénomènes d'autoprotéolyse qui ont lieu dans les cellules de l'organisme vivant, ou bien encore de l'autolyse. Pour nous, les lésions cellulaires dans l'idiotie amaurotique relèvent d'un mécanisme semblable à celui de l'autolyse. D'ailleurs, depuis longtemps, j'ai soutenu que la production de cette masse de lipoïdes appelée pigment jaune est un phénomène d'autolyse. La composition chimique du soi-disant pigment jaune n'est pas encore bien établie, mais probablement il s'agit là d'un mélange de lipoïdes, parmi lesquels la lécithine tient une place importante. Si l'on prend en considération la marche du processus histologique qui se déroule dans le protoplasma des cellules nerveuses, dans l'idiotie amaurotique, et du dépôt de lipoïdes dans les régions altérées de la cellule, on ne peut pas se défendre d'admettre qu'on a affaire à un processus de digestion *in vivo*, c'est-à-dire d'un processus d'autolyse. Car que signifie cette désintégration progressive des lipoprotéides et le dédoublement successif des protéides ? S'agit-il là d'une absence de phénomène d'oxydation, étant donné que les ferments oxydants diminuent d'une manière continue dans les régions

atteintes de lésions ? Avons-nous affaire à une espèce de digestion qui n'est pas suivie cependant de phénomènes d'intégration, comme cela peut arriver dans certains états pathologiques, voire même à l'état normal ? Je ne veux pas identifier le processus d'autolyse *in vitro* à celui qui se passe *in vivo* dans les tissus vivants, mais, à coup sûr, on ne peut expliquer l'apparition de la surcharge de lipoïdes à l'intérieur de la cellule nerveuse que par un processus de décomposition des lipoprotéides, mettant en liberté divers lipoïdes qui, antérieurement, étaient invisibles. Ce processus de désintégration est l'œuvre des ferments auxquels s'ajoute, probablement, la présence d'une substance nocive inconnue, d'une espèce de toxine qui produit la perturbation des phénomènes intracellulaires, à savoir : la diminution progressive des ferments oxydants et, d'autre part, l'activation des ferments hydrolytiques.

M. Trénel (de Paris). — *Myoclonie-épilepsie familiale et épilepsie héréditaire régressive.*

La question de l'hérédité de l'épilepsie, tant de fois discutée, est loin d'être élucidée, non plus que les rapports réciproques des diverses variétés d'épilepsie, car l'on n'a qu'assez rarement l'occasion d'observer, réunis dans un même service où l'on peut les suivre, les membres d'une même famille et de plusieurs générations. C'est ce qui nous a engagé à communiquer ici les cas suivants, dont voici l'arbre généalogique.



Obs. 1. — M. Marie, femme J. (n° 186.345), entrée à l'asile de Villejuif le 25 février 1921 à l'âge de 45 ans.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents morts très âgés. Père alcoolique, dépensait tout son argent à boire, mort à 52 ans d'alcoolisme. Mère normale, morte d'une affection pulmonaire aiguë. La malade est la 2e de 5 enfants. La 5e sœur, *épileptique à crises fréquentes a eu comme elle des secousses musculaires ;* morte d'une affection pulmonaire.

Marie M. a des crises depuis l'âge de 12 ans. Crises de forme classique : n'aurait pas de mictions involontaires. A partir de la puberté, les crises auraient été mensuelles. En février 1921, dans une crise, elle renverse sa lampe et se fait de graves brûlures, elle n'est sauvée que grâce à l'intervention des voisins attirés par l'incendie. A son entrée à l'asile, elle portait de graves brûlures de la face et des membres qui ont laissé des cicatrices difformes ; elle a un visage véritablement hideux surtout depuis qu'en février 1922, à la suite d'une panophthalmie de l'œil atteint de brûlures, il a dû être procédé à l'énucléation de l'œil avec évidement de l'orbite.

Elle présente des crises et des vertiges de forme banale mais sans miction. Morsure de la langue non constante. Les crises sont surtout nocturnes. Elles ont toujours été accompagnées de secousses myocloniques, parfois si intenses que la malade a fait des chutes et qu'on est obligé de l'aliter quand elles se produisent. Ces secousses depuis que nous observons la malade ne sont pas permanentes, elles surviennent par périodes mais les accès ne s'en terminent pas toujours par une crise convulsive ; il est vrai que comme ces dernières sont habituellement nocturnes et parfois réduites à des vertiges sans miction involontaire, il n'est pas impossible qu'elles échappent à la surveillance de l'infirmière veilleuse ;

Le caractère épileptique est très marqué, la malade est récriminatrice et querelleuse. Elle présente de plus de véritables alternatives de dépression et d'excitation durant 3 ou 4 jours.

Dans la période dépressive, elle manifeste de vagues idées hypocondriaques, dans la période d'excitation, presque hypomaniaque, elle se montre récriminatrice, désagréable, emportée, violente (mais sans agressivité). Ces périodes sont irrégulières et paraissent indépendantes des crises myocloniques et convulsives.

Elle a été traitée par le gardénal. Le gardénal ayant été interrompu pendant 8 jours du 19 au 26 mars 1921, les crises réapparurent et le traitement par le gardénal fut immédiatement repris. Les crises disparurent pendant 6 mois pour redevenir presque régulièrement mensuelles.

1921 : 3 crises ou vertiges ;
1922 : 6 —

1923 : 7 crises ou vertiges ;
1924 : 9 —
1925 (1[er] sem.) : 4 crises ou vertiges.

L'intelligence est intacte ; malgré les cicatrices difformes, les mutilations, les ankyloses et les rétractions des doigts, la malade joue régulièrement du piano.

Obs. 2. — J. Yvonne, entrée le 25 février 1921 à l'âge de 18 ans. Fille de la malade M., femme J.

Est épileptique depuis l'âge de 13 ans. A des crises tous les 15 jours environ. Crises de forme classique avec morsure et miction. *N'a pas de secousses myocloniques.* Traitée dès son entrée par le gardénal, a un vertige le 15 mars.

Remplacement du gardénal par le bromure du 19 au 26 mars 1921 : a immédiatement 2 crises.

Reprise du gardénal le 26 mars 1921. Depuis cette époque n'a eu qu'une crise en octobre 1921.

A un caractère doux, facile, s'emploie à soigner les petites idiotes alitées, donne toute satisfaction. S'est bien développée, la menstruation irrégulière jusque-là, s'est rétablie normalement.

Opérée de l'appendicite en mai 1923. Suites normales.

Est mise en liberté le 15 juillet 1924. Nous continuons à la suivre très régulièrement car une infirmière l'a prise chez elle pour l'aider à élever son enfant en bas âge, ce qui démontre combien elle est rétablie.

Nous avons pensé qu'il était intéressant de présenter ces observations à plusieurs points de vue ; d'abord, comme cas de myoclonie-épilepsie familiale, et secondement comme *type de régression d'une affection familiale.* En effet, chez la fille, d'une part la myoclonie n'existe pas, et, d'autre part, l'épilepsie paraît de moindre gravité que chez la mère. Nous constatons en effet l'absence de caractère épileptique et de troubles mentaux périodiques, mais surtout une action tout à fait radicale du traitement par le gardénal, lequel est resté presque sans effet sur la mère.

Il est donc permis d'admettre une régression de la tare héréditaire, fait qui n'est pas sans importance au point de vue théorique. Nous nous proposons de désigner de tels faits sous le nom d'*épilepsie régressive.*

M. Knud-Krabbe (de Copenhague) mentionne quelques cas d'une maladie infantile héréditaire dont il a décrit quelques

cas à « Brain » en 1916. La maladie fut dénommée : sclérose cérébrale diffuse infantile familiale. Elle commence à l'âge de 4 ou 5 mois, elle est progrédiante jusqu'à la mort. La maladie est caractérisée par de vastes paralysies et une rigidité énorme de tous les muscles. De plus, il se trouve une atrophie du nerf optique et des grandes crises de spasmes.

L'autopsie a démontré que le cerveau est dur, presque comme du cartilage. Par l'examen microscopique, on observe que la myéline de toute la substance blanche a disparu, sauf une mince ligne au-dessous de la substance corticale. La substance blanche est remplacée par une énorme quantité de névroglie fibrillaire.

Le Dr K. fait une démonstration de préparations colorées selon Weigert-Kulschitzky.

Il conclut que la maladie, dont il a trouvé 5 cas dans 3 familles, est une abiotrophie héréditaire, une abiotrophie qui intéresse la substance blanche des hémisphères du cerveau.

M. Crouzon (*Rapporteur*). — Je remercie MM. Roger et Reboul-Lachaux, Dide, Marinesco, Trénel et Knud-Krabbe des intéressants apports qu'ils ont faits à la discussion.

Au point de vue clinique, MM. Roger et Reboul-Lachaux nous ont montré les difficultés du diagnostic des maladies familiales, surtout dans les cas princeps. M. Trénel nous a exposé une observation très intéressante, M. Marinesco a insisté sur la distinction qu'il y a lieu de faire dans l'idiotie amaurotique entre la forme infantile et la forme tardive. Enfin, M. Knud-Krabbe nous a montré les lésions de cette forme curieuse de sclérose diffuse infantile familiale, dont j'avais rapporté la description dans le *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*, mais qui trouve sa place dans le cadre du sujet à l'ordre du jour.

Au point de vue de l'anatomie pathologique et de la pathogénie, M. Dide nous a fait un essai très intéressant de classification anatomique et biologique.

Je ne saurais trop remercier M. Marinesco de l'exposé remarquable qu'il a fait de l'histologie fixe de l'idiotie amaurotique familiale. Mais la communication de M. Marinesco nous a élevés à des conceptions remarquables sur l'hérédité : il a montré l'importance des pigments en biologie générale,

non seulement au point de vue des colorations extérieures, mais dans la structure cellulaire et le rôle des ferments de la production de ces pigments. C'est là un aperçu nouveau dans le problème de l'hérédité.

Et si j'ai considéré comme un très grand honneur d'avoir eu à faire ce rapport, ce n'est pas un des moindres bénéfices moraux pour moi que d'avoir pu, par mon travail, fournir l'occasion à M. Marinesco de faire devant vous un exposé d'une telle largeur de vues.

3me RAPPORT

MÉDECINE LÉGALE

LA MÉDECINE LÉGALE CIVILE DES ÉTATS D'AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL D'ORIGINE ORGANIQUE

RAPPORTEURS : **MM. Marcel BRIAND (de Paris) et Maurice BRISSOT (de Rouffach)**

RÉSUMÉ DU RAPPORT

M. Maurice Brissot (de Rouffach). — Les problèmes de médecine légale civile qui peuvent se poser à l'occasion des personnes atteintes d'affaiblissement intellectuel d'origine organique, sont à peu près les mêmes que ceux soulevés à l'occasion de tous les troubles mentaux, mais avec des modalités différentes. Ils ont trait, pour la plupart, à des questions de capacité.

On doit envisager cependant, à côté de ces dernières, quelques problèmes soulevés par la séquestration de certains autres malades dans les Asiles d'aliénés.

La capacité civile est relative aux droits qui régissent les rapports des particuliers entre eux. Elle est indépendante de la capacité politique et appartient à toute personne qu'un texte n'a pas déclarée incapable. C'est l'idée que l'on exprime en disant que la capacité est la règle et l'incapacité l'exception. (Art. 1123 et 1124 C. C.).

Les restrictions apportées par la loi à la capacité tiennent, soit à la protection due aux personnes, en raison de leur âge ou de leur infirmité intellectuelle (c'est à cette idée que se rattache l'incapacité du mineur, de l'interdit, du prodigue et du faible d'esprit), soit aux rapports d'autorité existant au profit d'une personne vis-à-vis d'une autre : c'est le fondement de l'incapacité de la femme mariée.

Nous ne retiendrons ici que l'incapacité résultant d'un trouble dans les fonctions intellectuelles du contractant. Cette incapacité peut être *totale :* c'est le fait de l'interdiction (Art. 489, C. C.), *partielle :* elle est due à la dation d'un Conseil judiciaire (Art. 499 C. C.) ; elle est enfin *contestable,* par suite de l'internement dans un Asile.

Le caractère des actes civils accomplis par un aliéné, au cours de sa séquestration, est défini par l'article 39 de la loi du 30 juin 1838, qui spécifie : *les actes faits par une personne placée dans un Etablissement d'aliénés, pendant le temps qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été ni prononcée, ni provoquée, pourront être attaqués pour cause de démence, conformément à l'article 1304 du Code civil.*

C'est dire que les actes d'un aliéné interné ne sont pas nuls de plein droit, mais seulement annulables, à la condition qu'on ait fait la preuve de la démence, au temps de l'acte dont la valabilité est contestée.

Les actes que peut accomplir toute personne possédant la capacité civile sont nombreux : nous n'en retiendrons que deux catégories, les plus importantes du point de vue médico-légal :

1. *Les contrats,* onéreux ou non, c'est-à-dire les ventes, échanges ; le mariage, et toutes les conventions nées du mariage.

2. *Les dispositions à titre gratuit* (donations et testaments) qui, de tous les actes juridiques, donnent lieu aux contestations les plus fréquentes. L'étude de la capacité testamentaire de certains malades, et notamment celle des aphasiques, est riche en enseignements.

Tout acte fait par un individu peut être annulé, après sa mort, pour cause de démence, conformément à l'article 504, C. C. Mais, constatation capitale, cette prohibition n'a pas d'effet, lorsqu'il s'agit d'une donation ou d'un testament. L'art. 901 C. C. dit, en effet, que, « *pour faire une donation*

entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit ». Les actes testamentaires et les donations peuvent toujours être attaqués : « il suffit de prouver, écrit Dalloz, que la « démence existait à l'époque de la donation ou du testa- « ment, bien qu'elle ne résulte pas de ces actes, et que l'inter- « diction n'ait pas été provoquée du vivant du donateur ou « du testateur. »

L'art. 504 C. C. ne s'applique donc pas aux donations et testaments, contrairement à ce qui a été dit par certains auteurs qui ont traité de ces différentes questions.

La médecine légale des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique est dominée par deux problèmes :

1. C'est, d'une part, la recherche des conditions dans lesquelles les actes soumis à controverse ont été souscrits et, tout particulièrement, la recherche *des conditions de validité* de ces actes. Celles-ci sont déterminées par l'existence du consentement, donc d'une volonté libre. La présence des vices de la volonté (erreur, dol, violence) entache l'acte d'annulabilité et permet, en cas de contestations, l'exercice de l'action en nullité.

2. D'autre part, dans l'appréciation de l'état mental d'un affaibli, l'expert doit toujours avoir en vue le *mobile de l'acte incriminé*.

L'étude médico-légale des états d'affaiblissement intellectuel, d'origine organique, n'est intéressante que chez les individus qui manifestent une diminution légère, ou du moins encore peu accusée, des fonctions psychiques. Les états véritablement démentiels, dans lesquels la déchéance mentale est profonde, ne soulèvent pas, d'une façon générale, de bien sérieuses controverses. C'est pourquoi nous n'avons pas insisté sur la période terminale de la démence sénile, alors que nous attirions l'attention sur la phase d'involution présénile, véritable *période médico-légale* de cette démence.

Très fréquemment, au début de cette affection, des mesures de protection devront être prises, qui devront aller parfois jusqu'à l'interdiction ou l'internement.

En tout état de cause, il faut se garder d'appréciations trop optimistes sur la capacité réelle des déments séniles, même au début de leur déchéance, surtout lorsqu'ils ont conservé l'apparence extérieure de gens normaux.

La captation, qui s'exerce à leur endroit, n'est pas seulement le fait de la démence terminale, mais souvent aussi celui des premières périodes de la maladie.

Il y a peu à dire des cas d'artério-sclérose cérébrale dont les formes légères, curables, ne comportent pas toujours des mesures protectrices importantes et immédiates. Les formes graves, au contraire (démence artério-scléreuse, pseudo-paralysie générale arthritique, maladie d'Alzheimer, etc...) voisinent, comme apparences, avec de la paralysie générale progressive et la démence sénile confirmée, tout en donnant lieu à des considérations médico-légales analogues.

La médecine légale des états organiques diffus doit encore être étudiée dans la *sclérose en plaques, la démence choréique et la paralysie agitante.*

Beaucoup plus importante et bien plus délicate est l'étude de la démence organique liée à des lésions locales et circonscrites du cerveau.

L'hémiplégie, lorsque la lésion initiale est limitée à un petit foyer central, unique (hémorragie cérébrale) peut ne donner lieu à aucun trouble du fonctionnement intellectuel (exemple de Pasteur).

Au contraire, si la lésion est corticale, ou si le foyer central tend à se diffuser, si encore les foyers sont multiples, on assistera, peu à peu, à l'évolution d'un état d'affaiblissement des facultés mentales, état qui pourra aboutir à la désagrégation complète des fonctions psychiques (Vigouroux).

L'étude médico-légale des différentes variétés d'aphasie a soulevé et soulève toujours les plus vives controverses. C'est que les différents auteurs, qui se sont occupés de cette question, n'ont pas considéré, du même point de vue, l'état mental de ces éclopés du cerveau.

Les uns, dont Broca, Billod, ont admis que leur intelligence restait entière ; d'autres, dont Trousseau, Lasègue et, de nos jours, P. Marie, leur ont reconnu, dans tous les cas, une infériorité intellectuelle évidente ; d'autres enfin, dont J. Falret, Legroux, Tardieu, Déjerine et nous-mêmes, ont estimé ou estiment que la situation de l'aphasique ne pouvait se résoudre, ni se trancher par une formule immuable, chaque cas particulier comportant une appréciation différente, suivant le degré d'altération de la faculté du langage et suivant la gravité de l'atteinte portée à l'intelligence.

Toutes ces appréciations, en apparence contradictoires, sont d'ailleurs aisément conciliables. Tous les auteurs sont d'accord, à l'heure actuelle, pour ne pas contester, d'une part, l'intégrité des fonctions intellectuelles de certains aphasiques — nous voulons parler des *aphasiques purs,* sous-corticaux — et, d'autre part, la perturbation profonde de l'intelligence, qui confine à la démence, chez certains autres, les *aphasiques sensoriels,* par exemple.

Nous irons même plus loin ; une assez longue expérience, basée sur l'observation de nombreux malades, nous a permis de constater que cet état de conservation des facultés mentales n'est souvent qu'une apparence, que l'intégrité de l'intelligence — chez les aphasiques les moins compromis du point de vue intellectuel — n'est souvent que *relative.*

Chez tous ces malades, existent toujours, plus ou moins marqués, de la fatigabilité mentale et surtout un affaiblissement de la volonté, une diminution de la force morale, un degré plus ou moins accusé d'indifférence, de l'apathie, de l'inaffectivité.

Ces troubles seront quelquefois plus marqués, chez les sujets porteurs d'altérations cérébrales minimes, qu'ils ne le sont chez d'autres dont les lésions du cerveau sont cependant plus apparentes.

C'est dire combien ingrate est la tâche de l'expert, lorsqu'il se trouve placé devant des problèmes médico-légaux soulevés par l'aphasie. De tels malades sont et resteront toujours des « cérébraux », des « blessés du cerveau » selon l'expression de Lasègue ; et l'opinion de P. Marie à leur égard, bien qu'elle paraisse intransigeante au premier abord, n'est, en définitive, pas très éloignée de la vérité.

La capacité testamentaire des aphasiques a donné lieu à de nombreuses discussions. Cette capacité devra être appréciée, ainsi que l'écrit Krafft-Ebing, par la façon dont le sujet pourra, oralement ou par écrit, « faire un testament dans une des formes prescrites par la loi. »

Si l'on jette les yeux sur le tableau qui figure à la page 36 de notre rapport, on se rendra compte que, exception faite pour les aphasiques purs, la capacité testamentaire des malades, frappés de troubles du langage, est excessivement réduite, sinon à peu près nulle. Cela tient aux rigueurs de notre Code Civil qui a édicté une série de mesures très pré-

cises, en ce qui concerne les différentes variétés de testaments, *olographe, public ou mystique :* impossibilité pour un agraphique de faire un testament olographe, empêchement absolu pour un sujet atteint de cécité verbale à tester dans la forme mystique (art. 978 C. C.), et pour un malade qui présente de la surdité verbale, à faire un testament public (art 972).

Les aphasiques sensoriels sont de beaucoup les moins « capables » d'exprimer, par acte officiel, leurs dernières volontés. On a même pu se livrer sur eux, dans quelques services hospitaliers, à des expériences de captation testamentaire.

En résumé; l'aphasique, même intellectuellement valide, capable mentalement de tester, ne peut le faire, par suite de son impossibilité à remplir les formalités légales.

La forme mystique du testament est, évidemment, celle qui remplit les conditions maxima de sécurité, dans la majorité des cas d'aphasie. Cela ne veut pas dire qu'un testament semblable serait accepté par les Tribunaux, en l'état de la législation actuelle. Un aphasique du type Broca, par exemple, qui ne peut parler et ne peut écrire, mais qui n'aurait pas de cécité verbale, serait capable de tester dans la forme mystique, à la condition d'être autorisé à se servir de ses gestes, de sa mimique, comme de véritables paroles et que ces gestes, cette mimique, soient interprétés et dûment enregistrés par *six* témoins.

Ceci nous amène à parler du langage conventionnel des aphasiques et de la valeur légale que l'on devrait lui attribuer, par assimilation avec ce qui se passe chez les aveugles et surtout chez les sourds-muets.

L'internement des aphasiques, leur interdiction ou leur semi-interdiction soulèvent des problèmes délicats. Ce sont le plus souvent des cas d'espèces et l'on ne peut ériger en loi générale les préceptes devant servir à la protection de ces malades.

Nous terminerons notre exposé en envisageant les rapports des traumatismes du cerveau avec les accidents du travail et les faits de guerre. Les questions soulevées par les aphasies traumatiques, au regard de la loi de 1898 et de la loi des pensions militaires (31 mars 1919), donnent lieu à

des interprétations diverses, touchant le pronostic éloigné du trouble mental et l'éventualité de complications à distance du traumatisme.

Un rapport sur « la médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique » ne saurait se terminer par des conclusions nettes, précises, fermes et définitives. On ne peut, en effet, passer en revue toutes les circonstances à l'occasion desquelles un médecin-expert devra se prononcer. Il serait donc téméraire de lui tracer une règle rigide, parce que, le plus souvent, il se trouvera en face de « cas d'espèces », lesquels, bien qu'envisagés sous l'angle de certaines données générales, comportent une solution individuelle.

C'est surtout à l'occasion des aphasiques moteurs ou sensoriels que surgissent les problèmes médico-légaux. Ils sont d'autant plus fréquents que de tels malades se laissent facilement dominer par une volonté supérieure à la leur.

Quoi qu'il en soit, l'appréciation de la capacité civile dans les états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique, sera toujours des plus délicates et souvent remplie de difficultés surtout quand il s'agira de dispositions à titre gratuit. C'était aussi l'opinion du conseiller Sacaze.

M. Marcel Briand (de Paris). — Malgré son étendue, notre rapport est incomplet. Il y manque, notamment et d'abord, un chapitre sur la Jurisprudence qui s'est établie sur des faits soumis aux Tribunaux Civils, à l'occasion de personnes présentant un affaiblissement intellectuel d'origine organique. L'exposé de cette jurisprudence aurait dépassé, de beaucoup, les limites qui nous étaient assignées, car les espèces en sont extrêmement nombreuses. Comme psychiatres, nous pensons beaucoup plus cliniquement que juridiquement, c'est encore une raison pour laquelle nous nous en sommes tenus, dans le domaine juridique, aux incursions les plus indispensables à notre étude.

Nous aurions voulu, aussi, traiter la question des « intervalles lucides ». Si, en effet, les « intervalles lucides » proprement dits, s'observent, surtout, dans les psychoses, ils restent, néanmoins, susceptibles de poser des problèmes

médico-légaux sur la « capacité » intermittente, pourrait-on dire, dans certains états organiques. Personne, par exemple, ne conteste qu'un acte, accompli dans la période confusionnelle, consécutive à un « ictus cérébral », sera apprécié différemment de ce qu'il le serait, s'il avait été accompli plus tard et avant un nouvel ictus, lequel, à son tour, aggravera pendant plus ou moins longtemps, l'affaissement psychique du malade. C'est un chapitre que nous avons volontairement omis pour ne pas nous exposer aux foudres légitimes du gardien de notre trésor. Je vous demande la permission de prier mon ami et collaborateur le Docteur Brissot, de vous résumer notre Rapport.

M. Porot (d'Alger). — J'aurais voulu voir les considérations développées par les rapporteurs au sujet des *aphasies* s'étendre aux autres *troubles du langage*. Il y a, en particulier, le cas des *pseudo-bulbaires* qui n'a pas été mentionné et qui, cependant, peut créer, par les troubles de la mimique et de l'émotivité qui s'ajoutent à une dysarthrie — parfois extrême et allant jusqu'à l'anarthrie —, des tableaux d'interprétation délicate, différemment jugés par des profanes et des neuro-psychiatres.

Rien ne souligne mieux la complexité et la délicatesse extrêmes de pareils faits, qu'un cas qui vient de m'être soumis récemment : c'est celui d'un pseudo-bulbaire jeune, spécifique, en pleine amélioration, marié et sans enfant, dont les affaires ont été parfaitement gérées pendant sa maladie par son épouse. Un conflit d'intérêts a surgi ; la famille du malade poursuit son interdiction et a déjà obtenu la nomination d'un administrateur provisoire sans que le Tribunal ait procédé à une expertise médicale ; le malade, lui, veut tester en faveur de sa femme et cette dernière est venue me demander un certificat de validité testamentaire. Le sujet en cause, qui n'a pas de troubles du langage intérieur (il compose les mots avec des cubes) mais garde une grosse dysarthrie, se fait à peu près comprendre par intonations et par gestes.

Je m'associe pleinement au vœu de M. Briand demandant à considérer les troubles du langage comme une infirmité physique jouissant des mêmes prérogatives légales que la surdi-mutité et la cécité.

J'approuve également les rapporteurs quand ils déclarent

que « le mobile de l'acte incriminé doit aussi être pris en considération dans l'appréciation de l'état mental d'un affaibli ».

Je voudrais que l'on s'inspirât des circonstances et des mobiles de l'acte, de ce qu'on pourrait appeler l'atmosphère morale et sociale des cas d'espèce ; il y a une logique affective, une rectitude des sentiments, une adéquation aux circonstances qui sont tout aussi importantes dans l'appréciation d'ensemble de la valeur psychique du sujet que la rectitude et la logique de son jugement ou sa valeur intellectuelle.

M. le Professeur Henri Claude (de Paris). — L'appréciation du degré d'affaiblissement intellectuel dans les affections organiques du cerveau est une des questions les plus délicates que l'expert ait à résoudre en médecine légale civile, et nous ne saurions trop féliciter les rapporteurs de nous avoir exposé aussi clairement les conditions dans lesquelles le médecin aura à intervenir. Il est certain que le terme de démence, dans l'estimation de la capacité civile, ne doit pas être restreint aux états de profonde déchéance intellectuelle. Il convient, dans bien des circonstances, et notamment lorsqu'il s'agit d'interdiction, de lui donner un sens plus étendu. Nous sommes dans la nécessité d'envisager bien souvent d'autres conditions mentales telles que l'individu est dans l'incapacité d'administrer sa personne et ses biens. C'est au médecin à établir dans chaque cas les éléments qui permettent d'affirmer cette incapacité. A cet égard l'appréciation de l'état psychique des choréiques et des épileptiques que les rapporteurs rangent à tort dans les déments névrosiques soulève parfois des problèmes très délicats. Il y a enfin tous les intermédiaires entre l'affaiblissement psychique et moteur de certains vieillards et la démence : on ne saurait trop insister sur les dangers que courent certains sujets dans la période que les rapporteurs appellent la période médico-légale des déments séniles. Le devoir du médecin est en effet de prévoir ce qui va se produire du fait de l'évolution fatalement progressive de ces déments. C'est au moment où il possède encore certaine activité, quelquefois stimulée par un désordre passionnel sur le tard, que le vieillard va prendre des dispositions contraires à ses opinions antérieures, à ses sentiments familiaux. Comme il paraît en possession

d'une certaine lucidité on n'est pas armé pour prendre des mesures conservatoires. Il est donc indispensable de faire une discrimination soigneuse entre une démence sénile au début, et un simple ralentissement de l'activité psychomotrice inhérent à la sénilité sans trouble du jugement. Parmi ces états démentiels séniles je crois devoir appeler l'attention sur la condition particulièrement dangereuse des presbyophréniques. Contrairement aux rapporteurs, qui jugent excessif de prendre des mesures à l'égard de ces malades, je crois qu'il faut d'autant plus les protéger qu'ils paraissent jouir d'une activité plus grande. Tel presbyophrénique qui aura conservé une notion suffisante des conditions de la vie sociale, qui se présentera affable, soigné dans sa tenue, d'une correction parfaite dans ses manières pourra commettre les plus grandes imprudences en raison de son amnésie, de sa fabulation très active qui lui enlève tout contrôle de ses affaires, et le poussera même à un désordre des actes sous des allures acceptables (largesses, donations, etc.). Je préfèrerais dans bien des cas interdire un presbyophrénique, malgré sa présentation de bonne tenue, et donner seulement un conseil judiciaire à un vieillard légèrement amnésique, impotent, affaibli, mais possédant une autocritique et parfois une défiance justifiée.

Une question qui aurait pu être traitée plus longuement, celle des cas de nullité de mariage, est particulièrement délicate, elle est liée à l'appréciation de la valeur du consentement : l'intéressé était-il en état de donner son consentement libre ? Mais que de difficultés pour répondre à cette question dans l'esprit de l'article 1109. Il s'agit là, comme dans tous les faits qui sont soumis à l'expert, de cas d'espèces, qu'une analyse pénétrante seule permettra de résoudre avec l'expérience clinique et le bon sens.

Les problèmes que suscite l'estimation de la capacité civile des aphasiques sont non moins nombreux et je crois qu'on ne peut pas fixer de règles générales. Il convient de tenir compte ici non seulement de la variété d'aphasie, mais de l'âge des aphasiques et les dispositions à prendre varieront beaucoup si l'on tient compte de cette notion. Un aphasique total jeune, pourra se rééduquer et retrouver son activité psychique presque entière alors qu'un sujet âgé ira plutôt peu à peu vers un état démentiel plus accusé. En dehors des anarthritiques purs qui peuvent avoir conservé une intégrité

parfaite du langage intérieur et de leurs capacités intellectuelles, la plupart des aphasiques moteurs et sensoriels sont beaucoup plus atteints dans leur intelligence qu'on ne le pense. Lorsqu'on se livre à un examen superficiel et qu'on n'observe pas une attitude exempte de gestes, de mimique, d'intonations spéciales, on croirait que tel aphasique comprend les ordres, suit la conversation et donne une approbation consciente. Si l'on s'en tient à des règles sévères dans les examens, on dépiste des insuffisances psychiques beaucoup plus graves qu'on ne supposerait. En ce qui concerne les diverses variétés de testaments, je pense que le testament olographe d'un individu atteint de cécité verbale pure ne peut être accepté que sous les plus expresses réserves, car ce malade n'est pas capable de se relire, pourra-t-il alors contrôler une erreur de ponctuation, de rédaction, retrouver une omission ? Dans l'aphasie motrice totale, on ne peut accepter comme valable aucune forme de testament, ainsi que dans les aphasies de Wernicke. Je suis d'accord avec les rapporteurs, mais je diffère d'opinion lorsqu'ils admettent que le testament mystique des aphasiques qui ne peuvent écrire ou écrivent incorrectement peut être accepté. Comment ces aphasiques pourront-ils contrôler si le scribe a bien reproduit leur pensée, puisqu'ils sont suspectés de cécité verbale ou de surdité verbale incomplète. Le testament public, fait en présence d'un médecin capable d'apprécier le degré de lucidité du sujet, est seul acceptable pour les aphasiques, de même que pour les illettrés. Le testament mystique doit être réservé aux infirmes des membres.

Enfin, d'une façon générale, il ne paraît pas opportun d'assimiler la condition d'un aphasique à celle d'un sourd-muet ou d'un aveugle ; ces infirmes ont au besoin certains éléments de contrôle, possèdent une perspicacité qui les conduit à s'assurer que leur volonté a bien été exprimée. L'aphasique, privé complètement d'un sens, au point de vue du langage, la vue ou l'audition, n'a plus en général cette capacité de contrôle et, sous la réserve d'un examen par un médecin compétent qui l'assistera aux côtés de l'homme de loi, l'exercice de ses droits civils en matière de testament ou de donation, pourra toujours être suspecté, car il est loin d'être, en général, sain d'esprit, comme l'exige l'art. 901.

Médecine légale des lésions circonscrites, par M. DIDE (de Toulouse). — La question qui se pose à l'expert chargé d'apprécier la capacité civile des malades atteints de lésions circonscrites de l'encéphale, est d'une grande simplicité.

Une lésion circonscrite peut exister seule ou être associée à des lésions diffuses. En d'autres termes, certains circonscrits présentent un état mental démentiel dû à des encéphalites étendues.

Chez les aphasiques, il ne faut pas se borner, avec P. Marie, à dire qu'ils présentent des troubles mentaux, on doit en préciser la nature.

Nous sommes d'accord avec le célèbre neurologiste pour exclure de l'aphasie les cécités et surdités psychiques pures : ce sont des modalités d'*agnosie,* ainsi que nous l'avons établi dès 1903 (Thèse Le Prieur). Quant aux aphémies pures, qu'on doit avec Froment distinguer des dysarthries, elles paraissent dépendre de l'*apraxie.*

Restent les aphasies du type Wernicke, qui touchent le concept verbal en lui-même ; il s'agit en pareil cas d'*asymbolies,* c'est-à-dire de troubles de la pensée symbolique.

Pareilles précisions fixent exactement les limites du trouble mental et laissent intacts ou peu atteints le jugement, la capacité de généralisation, la mémoire même ; si ces fonctions sont touchées, il faut songer à des lésions diffuses surajoutées, car on peut devenir aphasique avec un cerveau antérieurement valide ou déjà insuffisant.

Quant aux troubles du caractère, ils nous semblent accessoires, variables, et sans relation directe avec la lésion localisée.

L'expert qui doit apprécier la capacité civile d'un aphasique ne possède donc aucune règle *a priori* qui dicte son attitude : l'examen psychologique seul le renseignera.

M. LAGRIFFE (de Quimper). — Je ne veux pas revenir sur les indications générales qui se dégagent du rapport de MM. Briand et Brissot : 1° nécessité de n'envisager que des cas d'espèce ; 2° nécessité de tenir compte, non seulement de la lésion organique, mais encore de la manière de se comporter du malade ou de l'infirme, particulièrement à l'occasion de l'acte visé.

Je désire simplement illustrer la discussion en citant deux cas personnels, dans lesquels j'ai eu la bonne fortune d'être

appelé par des notaires, désireux de se couvrir de l'avis d'un spécialiste.

Le premier cas remonte à une douzaine d'années : il concerne un homme de 65 ans environ, atteint depuis plusieurs années d'hémiplégie droite avec aphasie peu marquée, incapable de donner une signature et qui désirait, conformément à une décision de toujours, léguer tous ses biens à sa femme, au détriment (si l'on peut dire) de ses frères et sœurs. A cette occasion, nous avons, le médecin traitant et moi, rédigé une longue consultation écrite concluant à la validité de l'acte envisagré. Le testament, appuyé de cette consultation, a été homologué par le tribunal.

Le deuxième cas, tout récent, concerne un homme de 63 ans, qui était atteint d'une lésion bulbaire ayant déterminé une quadri-parésie avec troubles de l'articulation des mots et exagération de la mimique émotive. Pour faire face aux frais d'une construction, le malade avait décidé la mise en vente d'une ferme, qui n'était pas un bien de famille, et qu'un bail assez long rendait peu productive ; il s'agissait là d'un acte essentiellement conservateur et de bonne administration. Malheureusement, l'intéressé, paysan aisé, avait épousé, plusieurs années avant son attaque, et en secondes noces, sa servante ; ses frères poursuivirent son interdiction pour cause de démence ; comme il était maire de son village, certaines influences politiques vinrent aggraver la situation. Consultés par le notaire, le médecin traitant et moi avons, après un examen minutieux, délivré un simple certificat concluant à un état de santé psychique suffisant pour l'administration des biens, nous réservant, le cas échéant, de rédiger un véritable rapport circonstancié.

L'affaire ayant été évoquée devant le tribunal de première instance, le ministère public a cru devoir déposer des conclusions conformes à notre manière de voir, et le tribunal a jugé qu'il n'y avait pas lieu à interdiction. Cette affaire est encore susceptible d'appel.

Dans cette occasion, j'ai été amené à documenter l'avocat défendeur ; j'ai dû, pour éviter toute surprise, rédiger à son intention une véritable critique de Legrand du Saulle qui, dans son traité de médecine légale, se montre beaucoup trop absolu et considère comme non valables tous les actes des individus atteints d'une lésion organique, même la plus légère. A ces conclusions, beaucoup trop rigoureuses, de Legrand du

Saulle, il convient d'en substituer de beaucoup plus souples, susceptibles de s'adapter à chaque cas pris en particulier.

M. Antheaume (de Paris) reproche au rapporteur de n'avoir pas tenu compte des dispositions importantes résultant du droit commun et de la jurisprudence en dehors de la loi de 1838, relativement aux mesures de protection des biens des malades mentaux. Il communique au Congrès les résultats d'une expérience personnelle, éclairée d'indications fournies par M. Thorel, ancien président de la Chambre des avoués de Paris, Membre de la Commission de Surveillance des Asiles de la Seine.

En ce qui concerne l'interdiction (qui s'applique, en dehors des cas de « fureur », à toutes sortes d'états psychopathiques non dangereux pouvant être soignés à domicile ou dans des maisons privées), la nomination de l'administrateur provisoire demandant un certain temps, la jurisprudence a décidé qu'en cas d'urgence un administrateur peut être nommé par le Tribunal en Chambre du Conseil, dont les pouvoirs durent le temps nécessaire à la réunion du Conseil de famille et à l'interrogatoire.

De même, un malade ne se trouvant pas dans un des cas prévus par l'article 489 pour être interdit, sa famille peut provoquer, dans les mêmes conditions, la nomination d'un conseil judiciaire.

Et M. Antheaume, d'accord avec M. Thorel, conclut qu'en dehors de la loi de 1838 il existe, dans le droit commun et dans la jurisprudence, une série de moyens propres à assurer la protection de tous les malades qui sont soignés soit à domicile soit dans des maisons libres et ouvertes.

Ces mesures de protection peuvent être provoquées par toutes les personnes énumérées dans les articles 490 et 491 du Code Civil, c'est-à-dire par les parents, l'époux ou l'épouse et, dans certains cas particuliers, par le Procureur de la République, agissant d'office et dans l'intérêt de la société.

En terminant, l'orateur dit que, dans toutes ces questions, il lui paraîtrait plus exact de substituer au terme d'aliéné celui, beaucoup plus général, de « psychopathe ».

M. Delaitre, Maître des Requêtes au Conseil d'Etat, regrette tout d'abord que son éminent collègue et ami

M. Michel, qui a participé si utilement aux travaux de précédents congrès, préside ce matin une des Chambres de la Cour d'Appel de Paris, car il aurait été beaucoup plus qualifié que lui pour intervenir dans le débat.

Il ne se permettrait pas, lui, profane, de prendre parti sur les questions d'ordre médical magistralement exposées par les rapporteurs et les précédents orateurs, il désire seulement rassurer M. le Dr Brissot sur les interdictions législatives, qui lui ont paru limiter les droits d'interprétation appartenant en la matière à l'autorité judiciaire. Comme l'a très bien fait remarquer M. le Professeur Claude, les articles du Code Civil, dont il peut être fait application en ce qui concerne les divers modes de tester, les interdictions ou les dations de conseil judiciaire laissent toute latitude aux magistrats pour apprécier si les intéressés sont ou non sains d'esprit, peuvent ou pouvaient exprimer clairement ou non leur volonté. Les arrêts de cassation cités dans le rapport établissent nettement que la doctrine est uniquement de formation jurisprudentielle et qu'aucune disposition légale n'empêcherait les tribunaux judiciaires d'assimiler, le cas échéant, aux sourds-muets ou aux aveugles des aphasiques ou des individus présentant des difficultés spéciales de langage.

Cet effort d'interprétation serait certainement facilité par l'adoption du vœu, que M. le Dr Brissot (qui est trop modeste en ce qui concerne sa compétence juridique) propose au Congrès d'émettre à la suite de son rapport.

Si les magistrats peuvent utilement, et sans modification législative, s'inspirer de telles suggestions, il n'en reste pas moins qu'ils devront, dans tous les cas, pour statuer en toute connaissance de cause, provoquer l'avis d'experts compétents. Le cas cité par M. le Dr Porot d'un Tribunal jugeant sans s'être entouré au préalable de tous les renseignements médicaux nécessaires, est inadmissible : nul n'est omniscient, et des certificats médicaux devront toujours être produits, soit sur la demande des parties, soit d'office. Il demeure bien entendu que les rédacteurs de ces certificats (médecin-traitant ou spécialistes) devront se borner aux constatations d'ordre médical ou anatomo-clinique et à un simple exposé des faits, en laissant aux tribunaux le soin d'en apprécier les conséquences, non seulement au point de vue du droit, mais même de l'équité.

L'orateur estime, en résumé, que toute catégorisation est

impossible sur les points exposés dans le rapport, et qu'il ne s'agira jamais que de cas d'espèce, dont la solution sera presque toujours commandée par le diagnostic médical.

La jurisprudence administrative et judiciaire a déjà permis, comme cela résulte de la savante consultation de son collègue M. Thorel, ancien président de la Chambre des avoués (rappelée tout à l'heure par son collègue et ami le Dr Antheaume), de tempérer ce que pourrait avoir de trop strict et de trop absolu nos lois françaises en la matière, et il n'est pas douteux que l'autorité judiciaire, éclairée par les délibérations actuelles, qui ne manqueront pas d'attirer son attention, puisse très légalement faire évoluer sa jurisprudence pour lui assurer sur ce point la souplesse nécessaire et la mettre en harmonie avec les conclusions, qui seront adoptées par le Congrès.

M. Anglade (de Bordeaux). — Il n'est pas un expert qui puisse faire abstraction complète des conditions morales dans lesquelles se présente l'affaire qu'il a mission d'expertiser. Dans le cas cité par M. Porot, il me semble que l'expert a fait plus qu'apprécier la mentalité du testateur en jugeant la moralité de la personne en faveur de qui un pseudo-bulbaire a testé. Ce faisant, il s'expose à voir son opinion et par suite ses conclusions ébranlées par le procès.

Je m'en tiens le plus que je peux à ce qu'on pourrait appeler la « médicalité » des actes ; je m'efforce d'oublier ce que je pense de leur moralité et je conseille à mes collègues de faire de même. La médecine légale et les médecins légistes n'auront jamais à s'en repentir.

M. Porot. — Je suis le premier surpris que mes paroles aient pu donner l'impression que vient d'exprimer M. Anglade. Si j'ai insisté pour qu'on s'inspire, dans chaque cas d'espèce, des circonstances de l'affaire en cause, ce n'est pas, certes, pour introduire dans le rapport ou ses conclusions des arguments de sentimentalité qui n'y seraient pas à leur place. C'est simplement pour y puiser les éléments d'appréciation sur la conservation morale et logique affective du sujet qui doivent entrer en ligne de compte dans l'estimation de sa valeur psychique. Plus que personne, j'estime que l'acte médical doit être dégagé de toute considération tendancieuse,

de tout élément qui ne soit pas strictement scientifique, et que tout l'effort de l'expert doit tendre à lui donner le maximum d'objectivité.

M. Marcel Briand, *Rapporteur.* — L'intervention de M. Anglade est très justifiée, car le médecin expert sortirait de son rôle s'il établissait son rapport médico-légal sur la qualité de l'acte incriminé. Ce que nous avons voulu dire, c'est que l'expert doit envisager la moralité de l'acte discuté, parce que l'acte en lui-même constitue parfois un élément d'appréciation non négligeable de l'état mental du sujet examiné. Je connais trop et depuis trop longtemps la finesse d'observation de notre président pour ne pas être assuré que le Dr Anglade, en expert averti qu'il est, reste pleinement d'accord avec nous.

M. Maurice Brissot, *Rapporteur.* — Messieurs, j'ai eu quelque appréhension à rapporter devant vous une question qui a soulevé et qui soulève encore de si ardentes polémiques. En particulier, le problème médico-légal de l'aphasie, problème délicat s'il en fût et toujours âprement controversé, reste des plus difficiles à résoudre.

J'ai bénéficié heureusement, sur ce sujet, de la longue expérience médico-légale, du sens clinique si avisé de mon collaborateur et très cher maître, M. le Docteur Marcel Briand, qui jouit, en la matière, d'une autorité incontestée, et à qui il est de mon devoir de rendre l'hommage qui lui est dû, hommage auquel certainement, Messieurs, vous vous associerez, je n'en doute pas.

Je répondrai en quelques mots aux orateurs qui nous ont fait le grand honneur de participer à cette discussion :

A M. le Professeur Claude : M. le Professeur Claude pense qu'il n'est pas excessif de prendre des mesures de protection rigoureuses à l'égard des presbyophréniques, en raison de leur état mental. Je crois, pour ma part, que ces malades sont le plus souvent des fabulants, tout au moins au début de leur affection, et qu'ils possèdent une intégrité à peu près complète du jugement et du raisonnement. La conservation des facultés logiques n'est donc pas incompatible, chez eux, avec le libre exercice de leurs droits civils.

Je m'associe entièrement aux observations de M. le Pro-

fesseur Claude concernant la capacité testamentaire plus que douteuse des aphasiques purs.

A M. le Docteur Porot : L'observation relatée par M. le Docteur Porot est intéressante. Mais je ne pense pas que le malade auquel il fait allusion puisse tester dans la forme publique, par suite de son anarthrie prononcée, due à la paralysie pseudo-bulbaire.

A M. le Docteur Dide : Les troubles du caractère ne déterminent pas l'incapacité juridique des aphasiques, mais seulement les troubles de la volonté et du consentement.

A M. le Docteur Lagriffe : Les deux observations citées par M. le docteur Lagriffe viennent à l'appui de notre thèse. Dans l'un de ces cas, si le testament a été homologué par le Tribunal, c'est que la conviction des magistrats se trouvait renforcée par les rapports des experts.

A M. le Docteur Antheaume : Je remercie M. le docteur Antheaume d'avoir bien voulu rappeler que, en dehors des dispositions de la loi de 1838, il existait dans le droit commun et dans la jurisprudence, une série de moyens propres à assurer la protection de tous les malades qui sont soignés soit à domicile soit dans des maisons libres et ouvertes. Ces mesures consistent principalement en la nomination par le président du Tribunal, et en vertu de ses pouvoirs de juridiction gracieuse, d'un *administrateur temporaire* aux biens des malades.

Je ferai remarquer à M. le Docteur Antheaume que cette désignation sera souvent inefficace, car elle n'empêchera pas, par exemple, le sujet de faire un testament.

A propos de la validité des mariages, M. le Docteur Antheaume déclare qu'un aphasique peut dire « oui » sans comprendre la signification de ce mot. Cette observation est exacte, mais, d'après la loi, le mariage est nul, s'il n'y a pas eu de consentement.

M. le Docteur Antheaume constate enfin que le testament d'un original est accepté le plus généralement par les Tribunaux. Nous sommes d'accord sur ce point avec M. Antheaume, car qui dit « original » ne dit pas forcément « affaibli intellectuel ».

A M. Delaitre, Maître des requêtes au Conseil d'Etat : Les suggestions de M. Delaître sont tout à fait judicieuses. Rien n'empêche, en effet, de reconnaître une valeur juridique au

langage conventionnel des aphasiques et d'assimiler ces derniers aux sourds-muets, pour la rédaction des testaments.

A M. le Docteur Anglade : L'appréciation de la « médicalité de l'acte » doit être évidemment le souci constant de l'expert. Il faut toujours se placer à un point de vue objectif, qui est le seul ayant de la valeur en médecine légale.

M. Marcel Briand, *Rapporteur*. — Vous admettrez avec nous, Messieurs, qu'un rapport sur « *la médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique* », ne saurait se terminer par des conclusions nettes, précises, fermes et définitives. Nous ne pouvions, en effet, passer en revue toutes les circonstances à l'occasion desquelles un médecin expert devra se prononcer. Il serait donc téméraire de lui tracer une règle rigide, parce que, presque toujours, il se trouvera en face de « cas d'espèces », lesquels, bien qu'envisagés sous l'angle de certaines données générales, comportent une solution individuelle.

C'est surtout à l'occasion des aphasiques moteurs ou sensoriels, nous l'avons dit, que surgissent les plus délicats problèmes médico-légaux. Ils sont d'autant plus fréquents que de tels malades se laissent facilement dominer par une volonté supérieure à la leur.

Quoi qu'il en soit, l'appréciation de la capacité civile, dans les états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique, sera souvent ardue et remplie de difficultés, surtout quand il s'agira de dispositions prises à titre gratuit.

Le mobile de l'acte incriminé devra souvent, croyons-nous, être pris en considération comme élément d'appréciation de l'état mental d'un affaibli. Voici, par exemple, un homme ayant des enfants d'une femme avec laquelle il vit sans être marié. Par suite de circonstances diverses, il ne les a pas reconnus. Un ictus le frappe, le voilà plus ou moins diminué intellectuellement. Averti par cet accident, il pense à régulariser sa situation. Des héritiers éventuels écartés demandent son interdiction. L'expert ne fera-t-il pas acte de clinicien en recherchant si le projet, sur lequel on s'appuiera pour demander une interdiction, n'est pas, précisément, un acte tendant à prouver, dans une certaine mesure, la conservation du jugement de la personne examinée ?

Que le même sujet veuille, au contraire, accomplir un acte

absurde, susceptible de dépouiller ses très proches parents, conjoint, enfants, l'expert n'y verra-t-il pas, parfois, comme déjà la signature d'un état démentiel ? Il ne lui restera qu'à en apprécier l'importance et en discuter la valeur. Ce sera là le point le plus délicat de sa mission.

A défaut de conclusions, nous émettons simplement le vœu que vienne, sans trop tarder, le jour où un aphasique, peu amoindri intellectuellement, sachant faire comprendre sa pensée à ses témoins, choisis parmi les personnes initiées à sa mimique, ses intonations, etc., pourra faire, valablement, et dans les conditions à déterminer, un testament. La forme mystique est celle qui se prêterait le mieux à la rédaction d'un tel testament.

COMMUNICATIONS

I. COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

Hérédo-syphilis et Déficience mentale

Par M. VERMEYLEN (de Bruxelles)

Il est toujours difficile, sinon impossible, de se rendre un compte, même approximatif, de l'importance du facteur syphilitique dans l'étiologie de la déficience mentale. Néanmoins, grâce aux méthodes modernes d'examen, il est devenu tout au moins possible d'affirmer ce qu'on ne faisait jadis que soupçonner, c'est-à-dire l'action prédominante de la syphilis dans ce domaine, comme dans bien d'autres du reste.

Des auteurs comme Fletcher, Beach, Langdon-Down, Suttleworth, Potts, ne signalent l'étiologie syphilitique que dans 2 à 4 0/0 des cas. Ley, dans un travail déjà ancien, la relève dans 4,6 0/0 des cas. Il ne s'agit vraisemblablement que des cas où les signes cliniques de la syphilis ont été reconnus chez les parents ou chez les enfants. Nous savons actuellement que ce sont là les cas les moins fréquents et que, la plupart du temps, le diagnostic est une découverte de laboratoire.

Aussi les auteurs récents, en se basant sur l'examen sérologique, donnent des pourcentages beaucoup plus importants. Kröber, en Allemagne, relève la syphilis chez 21 0/0 des enfants anormaux, Atwood, en Amérique, chez 15 0/0. Dean, en Angleterre, trouve un Bordet-Wassermann positif dans le sang chez 51 enfants anormaux sur 330 examinés, soit 15,4 0/0. Gordon, sur 400 cas, trouve le Bordet-Wassermann positif dans 16,5 0/0 des cas. A la section pour enfants anormaux de la Colonie de Gheel, j'ai eu l'occasion de faire systématiquement à l'entrée une prise de sang à tous les enfants. L'examen sérologique en a été fait par le Dr Demoor, d'Anvers. 189 enfants ont été ainsi examinés. Sur ce nombre, 34,

soit 18 0/0, présentaient une séro-réaction positive et avaient donc une syphilis en activité.

Si nous répartissons nos sujets suivant leur degré de déficit mental, établi au moyen d'une échelle de niveau intellectuel, nous obtenons le tableau suivant :

N. d'idiots (0 à 2 ans A. M.) examinés	5 — B.G.W. + 3 =		60 %
N. d'imbéciles profonds (2 à 5 ans)..	12 — B.G.W. + 3 =	25 %	18,3 %
N. — légers (5 à 7 ans).	37 — B.G.W. + 6 =	16,2 %	
N. de débiles profonds (7 à 9 ans)..	71 — B.G.W. + 14 =	19,8 %	21,7 %
N. — légers (+ de 9 ans)	30 — B.G.W. + 8 =	26,6 %	

Tel que, ce tableau n'a peut-être pas la signification qu'on tendrait à lui donner. Il n'est pas possible d'en inférer une augmentation de pourcentage allant de pair avec une accentuation du déficit mental. En fait, il est probable qu'il ne reflète que des hasards de groupements, d'autant que certains d'entre eux (idiots, imbéciles profonds) sont très peu fournis. On ne peut en tout cas espérer en tirer une formule générale. Du reste, il n'y a pas, *a priori,* de motif de croire qu'il y en ait une.

18 0/0 semble un fort pourcentage. Il est pourtant certain qu'il ne représente qu'une partie, réduite sans doute, du nombre des cas où la syphilis joue directement ou indirectement un rôle dans l'étiologie du déficit mental. Peut-être d'autres investigations menées conjointement pourraient-elles donner des précisions plus grandes.

Tout d'abord, l'examen du liquide céphalo-rachidien des enfants anormaux n'a pu être fait d'une façon systématique. Cela résulte des difficultés auxquelles on se heurte lorsqu'on veut pratiquer cette intervention, tant de la part des enfants que de la part des familles. Pourtant, dans les quelques cas où elle a pu être pratiquée, la réaction a été négative, quoiqu'elle fût positive dans le sang. Les mêmes constatations ont été faites par Dean, qui n'a constaté qu'exceptionnellement un B.-G.-W. positif dans le liquide céphalo-rachidien d'enfants anormaux, alors qu'il était positif dans le sang. Roubinovitch signale également que, dans les 48 cas qu'il a examinés, le B.-G.-W. était positif dans le sang chez 32 0/0 de ces enfants anormaux et négatif dans le liquide céphalo-rachidien de tous. Il semble en résulter que cette investigation ne présente pas en ce domaine l'intérêt majeur qu'on lui accorde généralement.

L'examen humoral aurait également pu être étendu aux divers membres de la famille : parents, frères et sœurs. Là encore, il est impossible de le faire dans la plupart des cas, et il faut se contenter d'en saisir l'occasion quand elle s'offre. Raviart signale que 30 0/0 de sujets anormaux ont des parents syphilitiques, et Dean a relevé un B.-G.-W. positif dans le liquide céphalo-rachidien des parents de tous les enfants anormaux qui avaient un B.-G.-W. positif dans le sang. Ces résultats ne font en somme que confirmer ce qu'on peut constater directement sur l'enfant lui-même.

Restent les anciens moyens de diagnostic, qui sont peut-être un peu trop dédaignés aujourd'hui : ce sont les signes cliniques basés tant sur l'anamnèse que sur l'examen somatique de l'enfant. Les auteurs distinguent généralement ces signes suivant leur importance diagnostique. Il y a les signes de certitude, dont les principaux se manifestent au cours de la première enfance (pemphigus palmo-plantaire — coryza purulent — périostite fusiforme — perforation de la voûte palatine, etc.), et quelques-uns plus tardivement, telle la triade d'Utchinson. Ils n'ont pu être relevés chez aucun des 189 enfants examinés. Il y a ensuite les signes de probabilité, se marquant, par exemple, chez les géniteurs, par la constatation d'une P. G., d'un tabès, d'anévrysme, d'une aortite, d'angine de poitrine, de fausses couches dans les derniers mois de la grossesse ; chez les collatéraux, par la polyléthalité infantile, des dystrophies spécifiques ; chez l'enfant même par de l'hydrocéphalie congénitale, du mongolisme, certains stigmates comme le nez en lorgnette, etc. Enfin, les signes de possibilité, tels que le rachitisme, les convulsions, l'épilepsie, le myxœdème, certaines malformations craniennes (oxi-scapho-plagio-céphalie), certains stigmates, etc.

Si nous recherchons ces signes de probabilité et de possibilité dans nos catégories de sujets, ceux à B.-G.-W. positif et ceux à B.-G.-W. négatif, nous constatons une assez grande concordance entre eux. Parmi les 34 enfants anormaux ayant un B.-G.-W. positif, 10 présentent des signes de probabilité ou de possibilité, soit 29,4 0/0. Parmi les 155 enfants n'ayant pas de B.-G.-W. positif, 41, soit 26,4 0/0 présentent néanmoins l'un ou l'autre de ces signes. En voici un tableau très abrégé, ne donnant pour chacun des sujets que l'indice prédominant, alors que dans la plupart des cas il y a convergence de plusieurs symptômes.

	GROUPE DES CAS à B.-G.-W. positif	GROUPE DES CAS à B.-G.-W. négatif
CHEZ LES PARENTS :		
paralysie générale	2	2
syphilis	0	5
fausses couches répétées	1	0
CHEZ LES COLLATÉRAUX :		
polyléthalité suspecte	0	6
CHEZ LE SUJET :		
encéphalopathie infantile	0	4
hydrocéphalie	0	6
microcéphalie	2	1
déformations craniennes	0	2
convulsions, épilepsie, spasmes	0	4
mongolisme	0	1
myxœdème	0	2
rachitisme	0	3
stigmates ± spécifiques	5	5

Il semble donc bien que l'importance de l'hérédo-syphilis dépasse de beaucoup les conclusions qu'on peut tirer de l'examen du sang et que 18 0/0 soit un pourcentage d'hérédo-syphilitiques très inférieur à la réalité des faits. Il ne représente évidemment que les syphilis en activité et ignore les crypto-syphilis (Lerredde), à foyers spirochétiques profonds, et les hérédo-syphilis à dystrophies non spécifiques ou cachées, comme le sont précisément celles qui atteignent les cellules nerveuses et produisent la déficience mentale.

Il semble donc bien que le rôle de la syphilis dans l'étiologie de l'arriération mentale est considérable et qu'elle doit en être considérée comme la cause par excellence, les autres agents étiologiques ne venant, la plupart du temps, que lui fournir un appoint d'importance variable.

De la Démence précoce chez des syphilitiques

Par M. Marchand

(Médecin-chef de la Maison nationale de Saint-Maurice, Seine)

Nous sommes encore très mal renseignés sur l'étiologie de la démence précoce, et les constatations cliniques permettent de supposer que les syndromes mentaux décrits sous ce terme relèvent de diverses causes. Parmi celles-ci, la syphilis nous a paru jouer un rôle évident dans quelques cas. Jacquin (1) et Bridier (2) en ont rapporté quelques exemples à une époque où l'on parlait encore bien peu de démence précoce et où les recherches étiologiques ne pouvaient s'appuyer sur les réactions humorales, encore inconnues.

Deux ordres de faits peuvent s'observer. Un sujet syphilitique, ou même hérédo-syphilitique, présente tout d'abord un syndrome mental et physique laissant supposer un début de paralysie générale, mais l'évolution de l'affection et les modifications spontanées des réactions humorales infirment plus tard le diagnostic. Le malade se comporte comme un dément précoce. MM. Capgras et Morel (3), M. Abély (4), en ont rapporté des exemples. Nous avons récemment publié le cas d'une démente précoce (5) présentant les symptômes de localisations nerveuses syphilitiques. Elle avait été contaminée par son mari au début de son mariage.

Le second groupe de faits sur lesquels nous allons insister ne concerne que des femmes qui sont devenues démentes précoces après avoir contracté la syphilis de leurs maris, qui sont morts plus tard paralytiques généraux. Ces cas sont

---

(1) G. Jacquin. — Contribution à l'étude de quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire. *Thèse* de Lyon, 1899.

(2) H.-A. Bridier. — Essai sur l'anatomie pathologique des démences. *Thèse* de Lyon, 1902.

(3) Capgras et L. Morel. — Paralysie générale prolongée ou démence précoce. *Soc. clin. de Méd. ment.*, juillet 1913, p. 296.

(4) Abély. — Démence précoce et paralysie générale. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 16 mars 1925.

(5) L. Marchand. — Démence précoce syphilitique. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 16 mars 1925.

comparables, en réalité, à ceux du premier groupe mais, ici, les malades deviennent démentes précoces avant que leurs maris ne présentent les premiers symptômes de la paralysie générale. Dans certains cas, rien ne laisse supposer l'étiologie spécifique, et ce n'est que longtemps après le début de l'affection mentale de la femme, quand le mari est devenu paralytique général, que l'on apprend la syphilis conjugale. Dans d'autres cas, la conjointe présente, quelques mois ou quelques années avant l'éclosion des troubles mentaux, des accidents syphilitiques cutanés, des fausses couches multiples, ou bien elle donne naissance à des enfants présentant des stigmates d'hérédo-syphilis. L'étiologie syphilitique de l'affection mentale peut alors être soupçonnée.

En 1913, MM. Leroy et Rogues de Fursac (1) ont présenté à la Société Clinique de Médecine mentale sous le titre : un ménage de syphilitiques, un exemple des faits auxquels nous faisons allusion.

Les deux observations suivantes ont trait également à deux démentes précoces dont les maris syphilitiques sont morts de paralysie générale.

Obs. I. — *Syphilis conjugale contractée à 21 ans. Stigmates d'hérédo-syphilis chez les trois enfants. Début des troubles mentaux à 32 ans ; démence précoce. Mari décédé de paralysie générale à 53 ans.*

Mme R. est internée à la Maison de Charenton à l'âge de 34 ans, le 13 décembre 1911.

Ses père et mère morts actuellement, n'ont pas présenté de troubles mentaux. Elle a eu un frère tué à la guerre ; elle a une sœur un peu bizarre.

Mme R. n'a rien présenté de particulier dans son enfance. Elle a reçu une bonne instruction élémentaire (brevet simple). Elle s'est mariée à l'âge de 21 ans. Son mari était syphilitique. (Il est mort en 1921 de paralysie générale à l'âge de 53 ans). Elle a trois filles âgées actuellement de 27 ans, 23 ans et 18 ans. Toutes les trois présentent des stigmates d'hérédo-syphilis (écartement des incisives médianes supérieures, érosions dentaires). La troisième fille est atteinte de bizarreries du caractère qui nécessitèrent à plusieurs reprises l'avis de médecins aliénistes. Mme R. ne présenta jamais d'accidents spécifiques. Elle a toujours ignoré la maladie dont son mari était atteint.

(1) Leroy et Rogues de Fursac. — Un ménage de syphilitiques : paralysie générale et démence précoce. *Soc. clin. de Méd. ment.*, janvier 1913, p. 27.

A l'âge de 32 ans, Mme R., à la suite de dissentiments motivés par des troubles de son caractère, se sépara de son mari à l'amiable. Depuis plusieurs années elle manifestait moins d'affection pour ses enfants. Elle alla vivre à la campagne avec sa dernière fillette. Son mari qui la faisait surveiller apprit qu'elle avait une conduite bizarre ; elle vivait en recluse, ne parlait à personne, se privait de nourriture et était parfois brutale envers sa fille.

Quelques jours avant son internement, Mme R. quitta son domicile sous l'influence d'idées de persécution et erra avec sa plus jeune fille d'hôtel en hôtel pendant trois jours.

Internée à Charenton, elle présente un état de confusion mental avec hallucinations auditives et visuelles et idées de persécution. Elle déclare qu'elle a été poursuivie par des personnes qui voulaient l'empoisonner. Elle se dit fakir et momie ; elle prétend qu'elle peut se passer de manger, qu'elle a le pouvoir de ne pas se brûler. Elle tient des propos avec des esprits. Elle a le choléra et la peste. Parfois elle se croit enceinte. La réaction de Wassermann est positive dans le sang. On ne note aucun trouble pupillaire ; les réflexes tendineux sont vifs. Pas d'embarras de la parole.

Après une période très courte d'amélioration, le délire polymorphe se transforme en un délire d'énormité. Mme R. prétend avoir une malheureuse influence sur le globe terrestre par le poids de son corps. Elle entraîne le monde à une allure terrible. Elle en ressent la trépidation. Ses jambes sont devenues très longues et son corps s'est allongé en tuyau. Elle n'est en réalité qu'un cadavre.

Cet état délirant évolue rapidement vers la démence et dès 1913 cette malade se conduit comme une démente pécoce. On constate de l'affaiblissement intellectuel, de l'incohérence des propos, de la difficulté de fixer l'attention, de l'automatisme mental avec verbiage, des accès fréquents de rire explosif, des attitudes figées, des mouvements stéréotypés ; perte totale des sentiments affectifs ; gâtisme. Pas d'embarras de parole ; pas de troubles pupillaires. Les règles sont restées régulières.

Depuis, on ne note aucun changement dans cet état. La réaction de Wassermann pratiquée en septembre 1922 a donné un résultat négatif.

OBS. II. — *Syphilis conjugale contractée à 22 ans. — Début des troubles mentaux à 27 ans ; démence précoce. Mari décédé de paralysie générale à 50 ans.*

Mme B..., âgée actuellement de 57 ans, a encore sa mère âgée de 84 ans et bien portante. Son père était diabétique et est mort de congestion cérébrale à 66 ans. Elle a un frère âgé de 50 ans bien portant.

Mme B..., a été atteinte de convulsions dès le jeune âge. Son développement physique et intellectuel s'est fait normalement. Elle fut réglée à l'âge de 13 ans. Elle s'est mariée à 22 ans. Son mari était syphilitique, mais sa famille et elle-même l'ignoraient. Huit mois après son mariage, elle fait une fausse-couche de quatre mois. Deux ans plus tard elle a un fils, qui est âgé actuellement de 33 ans et qui est atteint de déséquilibre mental. A l'âge de 27 ans, nouvelle grossesse qui se termine par l'accouchement à terme, d'un enfant macéré, hydrocéphale. Mme B..., n'a jamais suivi de traitement spécifique.

Les troubles mentaux ont débuté à l'âge de 36 ans, mais en réalité depuis sa grossesse, des modifications profondes du caractère s'étaient déjà manifestées. Mme B..., qui, depuis quelques jours était triste, quitte brusquement son domicile, part à Paris et arrive chez sa mère. Elle dit qu'elle a deshonoré sa famille, parle de Dieu, de la divinité. Cet état dure quelques jours, puis retour à l'état normal. Trois semaines après, les mêmes troubles reparaissent. Refus des aliments, hallucinations auditives et de la sensibilité générale ; idées de persécution et idées de grandeur. La malade dit que des armées viennent l'attaquer ; elle possède des châteaux ; elle est princesse et duchesse.

Je vois pour la première fois cette malade en 1908 ; elle était âgée de 40 ans. Je constate un affaiblissement profond des facultés intellectuelles. Mme B..., ignore l'année, le mois, le jour où nous sommes. Elle n'a aucune notion de l'endroit où elle se trouve. Elle est très excitée, va et vient tenant un paquet de catalogues et de journaux qu'elle ne quitte pas. Négativisme. Perte des sentiments affectifs. Idées de persécution et de grandeur. « On lui brûle la plante des pieds avec un fer ardent ; elle vole dans l'espace ; elle est archiduchesse d'Orléans. » Les propos sont incohérents. Automutilation de la face et des doigts qu'elle gratte sans cesse et fait saigner.

Je fais à cette époque la connaissance de son mari. Je constate qu'il est atteint de strabisme externe de l'œil droit, d'inégalité pupillaire et ses pupilles paraissent immobiles.

Depuis 1908, j'ai suivi Mme B... Les troubles mentaux n'ont pas varié. Les gestes de la malade sont complètement stéréotypés ; même négativisme. Dans les propos incohérents, on peut encore maintenant noter quelques idées de grandeur et de persécution.

Le mari de Mme B... est mort de paralysie générale en 1913 ; il était âgé de 50 ans.

⁂

Dans les cas que nous venons de citer, on retrouve les signes classiques qu'il est convenu d'attribuer au syndrome de la démence précoce. En ne tenant compte que des troubles mentaux, on ne peut les assimiler à ceux de la paralysie générale. Peut-on admettre qu'il s'agit de paralysie générale arrêtée dans son évolution ? L'état mental n'est pas celui du paralytique général. L'affaiblissement intellectuel est survenu assez rapidement, puis n'a plus progressé ; il est moins global que dans la paralysie générale évoluant depuis plusieurs années ; on note des stéréotypies nombreuses, du négativisme ; les troubles de l'affectivité ont été précoces. Les ictus, suivis ou non de paralysies transitoires, si communs dans la paralysie générale, ont toujours fait défaut. Chez tous ces malades, arrivés au stade démentiel, on ne constate ni albuminose du liquide céphalo-rachidien, ni lymphocytose, ou seulement une lymphocytose légère. La réaction de Wassermann dans le sang, positive au début de l'affection, devient parfois spontanément négative après une évolution de plusieurs années.

Si maintenant nous considérons les symptômes physiques, nous nous trouvons en présence de deux groupes de malades. Chez les uns, on constate des troubles oculaires (inégalité pupillaire, signe d'Argyll), des modifications des réflexes tendineux qui indiquent l'atteinte syphilitique du névraxe. Chez les autres, on ne note aucun de ces signes. Toutefois, la réaction de Wassermann, positive au début de l'affection, la constatation de fausses couches, les signes d'hérédo-syphilis chez les enfants peuvent orienter le diagnostic étiologique. Plus tard, l'apparition de la paralysie générale chez le mari vient confirmer la syphilis conjugale. Point important à noter, chez aucun de ces malades on n'observe l'embarras de la parole, si caractéristique de la paralysie générale.

Les sujets appartenant au premier groupe ont pu être momentanément pris pour des paralytiques généraux, puis il a fallu éliminer ce diagnostic pour poser celui de démence précoce.

Les sujets du second groupe ont été considérés au début de leur affection comme des déments précoces, et on ne pensa pas tout d'abord à attribuer à la syphilis un rôle pathogénique.

En résumé, il existe chez des sujets syphilitiques une affection mentale qui diffère de la paralysie générale, qui appa-

raît 2 à 14 ans après la contamination et qui revêt les caractères de la démence précoce. Ces cas, encore peu étudiés, ne sont peut-être pas très rares.

On peut les interpréter en soutenant qu'il ne s'agit pas de démence précoce, qu'on est en présence d'un état démentiel symptomatique d'une syphilis cérébrale particulière. Nous ne voyons aucune objection à opposer à cette manière de voir. Nous avons employé le terme de démence précoce syphilitique pour les différencier des cas de démence syphilitique tardive (René Charpentier) et des cas de démence consécutive à la syphilis cérébrale se traduisant par les lésions en foyers (gommes, endartérite, athérome).

Le fait important que nous dégageons de nos observations, c'est qu'il existe un syndrome mental qui ressemble cliniquement à la démence précoce, avec laquelle il a été confondu jusqu'alors, et que ce syndrome, qui diffère de la paralysie générale par sa symptomatologie et par son évolution, est déterminé par l'infection spécifique. Des recherches anatomopathologiques viendront préciser les lésions corticales substratum de ce syndrome.

Un cas d'épilepsie psychique qui est dû vraisemblablement à une cause organique focale

Par MM. E. Mira et B. Rodriguez Arias
du Service psychiatrique de la ville de Barcelone

Le cas que nous allons vous exposer nous a semblé intéressant parce qu'il démontre — à notre avis — la possibilité de s'installer d'un syndrome épileptique d'allure presque exclusivement psychique (c'est-à-dire sans accidents convulsifs) et qui est dû, vraisemblablement, à une cause organique focale.

Voici, d'abord, un résumé de l'histoire clinique. (Nous nous excusons à l'avance des lacunes que celle-ci peut présenter, le malade ne nous est parvenu que depuis 3 semaines, et il s'agit d'un malade vu en ville, qui ne se prête pas volontiers à toutes les explorations que nous aurions désiré faire).

***

J. F., âgé de 38 ans, marié, père de 5 fils.

Antécédents familiaux. — Aïeuls : ligne paternelle, grand-père : mort soudainement à l'âge de 70 ans ; toujours sain auparavant. Grand'mère : morte à 80 ans ; elle a eu 10 fils, dont 8 décédés précocement ; — ligne maternelle, grand-père : mort dans un asile d'aliénés. Grand'mère : morte à l'âge de 70 ans ; elle a eu 16 fils (12 morts précocement et 3 à l'âge adulte).

Parents : le père : il a 67 ans. Pas de maladies. La mère : mariée à 16 ans, elle mourut à 42 ans (d'hémorragie) ; 13 enfants, dont 6 moururent à l'âge de 4-6 ans et 1 à l'âge de 25 ans.

Antécédents individuels : Rien à noter dans son enfance, jusqu'à l'âge de 9 ans, auquel il reçut un coup de pierre sur la région frontale latérale gauche. Guéri en 3 mois, il fut renversé par une voiture à cheval (blessures aux jambes).

Après ces deux accidents, il retourna au collège. A cette époque-là, le malade était très bien conceptué par son maître, à cause de son application et de son dévouement.

A l'âge de 14 ans, il commença un changement de caractère. Le malade devenait instable, paresseux, irritable et soucieux. Il changeait d'occupation à chaque instant et, finalement, il laissa son domicile paternel pour se rendre en ville. Une fois libre, il mena une jeunesse très mouvementée, aux points de vue social, professionnel et sexuel.

Il y a 7 ans, il était très bien placé, à une compagnie d'électricité (après avoir essayé toutes les occupations imaginables), mais il se mit en tête d'un mouvement syndicaliste, il se brouilla avec le directeur de la compagnie, il tenta, même, de lui faire une agression, et il fut renvoyé à l'instant.

Maladie actuelle. — C'est à ce moment que les troubles actuels apparaissent et que le malade se rend compte de son état pathologique. Après cet événement si pénible pour lui, notre malade eut une période de dépression dans laquelle il était incapable de toute activité intellectuelle, il éprouvait une lassitude extrême, il ressentait des sensations d'évanouissement et il avait aussi, parfois, une sensation très nette de dépersonnalisation. Au bout d'un an, il semblait amélioré et il se maria. Peu de temps après, ses troubles recommencent. Cette fois, un nouveau symptôme apparaît : ce sont des absences, qui sont devenues de plus en plus fréquentes jusqu'au moment actuel. Le patient se rend compte aussi du changement de son humeur et de ses impulsions. Il a peur de lui-même et il renonce à marcher tout seul dans la vie.

Il n'a jamais eu de véritables fugues.

Il a eu *seulement un* accident convulsif *généralisé* (dès le premier moment), qui a été observé par sa femme, pendant la nuit, et qui, d'après les renseignements que nous avons obtenus, ne peut pas être qualifié de crise jacksonienne (par l'absence d'une « aura », par le manque d'une initiation localisée, par sa longue durée, par son caractère isolé et par la complète amnésie qu'il a laissé).

Etat actuel. — Au point de vue neurologique, nous n'avons trouvé aucun signe important. Les symptômes ordinaires de la compression cérébrale font défaut (il n'y a pas de céphalée, vomissements, altérations du fond de l'œil, bradychardie, etc.). Les différents réflexes tendineux et ostéo-périostiques étaient un peu vifs des deux côtés. Pas d'autres troubles

moteurs ni sensitifs. Pas de symptômes cérébelleux. Pas de signes vaso-moteurs ni trophiques. Pas de signes oculaires, en dehors d'une myopie astigmatique. Pas de troubles du côté de l'oreille interne.

Le malade a refusé la pratique d'une ponction lombaire.

Le système sympathique est, apparemment, normal.

D'autre part, l'examen des organes viscéraux nous a donné un résultat négatif (tube digestif, appareil cardio-vasculaire, appareil respiratoire, etc.).

Les radiographies (ordinaires et stéréoscopiques) nous ont montré une perte de substance, assez importante, du crâne, ainsi que l'existence d'une esquille au niveau de la partie latérale et gauche du frontal. D'autre part, il y a une cicatrice très visible à côté de cette perte de substance osseuse.

Par contre, *l'exploration psychique* du sujet nous a montré l'existence de : une notable diminution de l'intelligence abstraite ou synthétique (capacité d'abstraction) qui se traduit, par exemple, dans le psychodiagnostic de Rorschach, par le manque d'interprétations globales (le sujet a fourni, sur 25 réponses, 21 de détail (dont 7 de petits détails), et sa formule interprétative correspondait, en conséquence, à *D*-Do-G) ; un déficit appréciable dans l'imagination visuelle et dans la représentation spatiale du sujet (il est incapable de faire des inversions imaginatives, des figures polygonales des plus simples) ; une affectivité très instable ; une certaine lenteur dans l'expression verbale qui, cependant, n'est pas gênée par une limitation des associations (le sujet passe correctement les preuves des associations opposées et libres). Tous les autres aspects de l'activité pychique (mémoire sous toutes ses formes, attention concentrée et diffuse, etc.) sont à peu près normaux.

⁂

Maintenant, quelles sont les conclusions que nous pouvons tirer de l'étude de notre cas ?

Il n'y a aucun doute, d'abord, qu'il s'agit d'un syndrome épileptique d'allure principalement psychique, c'est-à-dire d'une épilepsie psychique, au point de vue clinique.

Nous ne voulons pas avoir de préjugés à ce sujet. La partie purement doctrinale est secondaire, à notre avis, en ce moment-ci. Qu'on diagnostique une épilepsie symptomatique avec manifestations psychiques (équivalents épileptiques), ou bien qu'on se rattache à la conception des épilep-

sies psychiques des auteurs allemands, cela nous est indifférent, car il s'agit en réalité d'une question de mots.

Ce syndrome pourrait être considéré, peut-être, comme la suite immédiate et vulgaire d'une blessure du crâne, d'après les enseignements de la guerre, mais il nous semble, quand même, que la période de latence dans notre cas (21 ans) aurait été trop longue et que le tableau clinique, en outre, reproduit plus encore la symptomatologie banale des épilepsies que les manifestations presque toujours un peu diffuses des commotionnés présentant des signes de lésion organique nerveuse.

Il est tout à fait évident, en second lieu, que notre cas, au point de vue étiologique, appartient au groupe des épilepsies symptomatiques, produites par un facteur organique plus ou moins frappant.

La perte de substance osseuse au crâne, ainsi que l'esquille, suffisent vraiment pour déterminer une irritation corticale.

Nous ne voulons chercher, pour le moment, une explication focale ou topographique aux troubles psychiques de notre épileptique. Mais après l'opération qu'on fera subir certainement à notre malade, nous pourrons établir quelques déductions à ce sujet, tantôt positives, tantôt négatives, car il est impossible, en l'état actuel de nos connaissances neuro-psychiatriques, de préciser *a priori* le succès ou bien l'échec de l'intervention chirurgicale.

Une objection totale pourrait, néanmoins, nous être faite, et nous l'admettons déjà, dès ce moment.

S'agit-il d'un cas de blessure du crâne, sans symptômes cliniques d'ordre neurologique et psychiatrique chez un épileptique essentiel plus ou moins latent ?

Mais si cette chose-là est vraie, nous nous pourrions demander alors : peut-on démontrer ça, maintenant, sans avoir recours à une opération qui serait une véritable biopsie, un fait expérimental, ou bien sans attendre l'évolution du tableau clinique actuel ?

Enfin, M. le Prof. Ley (de Bruxelles) nous a communiqué, verbalement, qu'il avait eu l'occasion, dernièrement, d'observer un cas tout à fait semblable au nôtre.

Notre cas est intéressant, en concrétant les faits, par l'origine traumatique évidente des symptômes, par le caractère principalement psychique (épilepsie psychique) de ceux-ci et par le délai énorme de latence.

Les Syndromes psychiques initiaux dans certains cas de tumeurs cérébrales

Par MM. Edouard Toulouse et Paul Schiff

Les troubles mentaux sont très fréquents, quelques auteurs disent même habituels, au cours des tumeurs cérébrales et la bibliographie sur ce sujet est fort abondante. On trouvera une bonne description de ces troubles mentaux dans le Traité de Gilbert Ballet (par Dupré) et dans celui d'Aschaffenburg (par Redlich). Ces auteurs les ont surtout étudiés au point de vue de leur aspect symptomatique et de leurs rapports avec le siège de la tumeur. Si on les considère au point de vue de leur importance clinique et de leur valeur diagnostique, il nous semble qu'on puisse classer ces symptômes psychopathiques des néoplasmes cérébraux en plusieurs groupes :

1° Il peut s'agir de manifestations *épisodiques,* sans caractères bien précis, et qui demeurent au second plan : dépression vague, bouffées confusionnelles, délires de persécution diffus et transitoires qui surviennent alors que le diagnostic de tumeur est bien établi. Ces symptômes mentaux, sans valeur diagnostique ni pronostique, se manifestent à un moment donné de l'évolution pour disparaître ensuite.

2° Dans beaucoup de cas de tumeur cérébrale, avec ou sans phénomènes de localisation, on voit apparaître, à la période *terminale* seulement, une torpeur psychique particulière, épiphénomène de la compression progressive du cerveau. L'apparition tardive de cette torpeur lui enlève toute valeur diagnostique.

3° Il est des cas où des phénomènes d'hypertension craniennes sont évidents, où le diagnostic de néoplasme est posé, mais où les signes psychiques *prédominent de façon permanente dans le tableau clinique* et parfois se groupent en syndromes assez nets pour que beaucoup d'auteurs aient voulu leur attribuer une valeur de localisation : syndrome frontal,

par exemple, ou syndrome calleux de Raymond. On sait que l'importance clinique, et même la validité de ces syndromes a été fort contestée. Il semble difficile de leur attribuer une valeur localisatrice et même de leur reconnaître des caractéristiques cliniques spéciales. C'est ce qui explique pourquoi l'on connaît

4° une autre catégorie de faits, qui pourrait être nommée celle des *erreurs de diagnostic*. Des observations assez nombreuses ont été publiées de malades considérés comme atteints d'une psychose classique et chez lesquels l'autopsie révéla une tumeur cérébrale. Parfois il paraît bien n'y avoir pas eu de relation entre le néoplasme et le trouble mental. Dans d'autres cas, une analyse plus attentive des signes cliniques aurait pu tout au moins faire soupçonner la tumeur. Mais il est certain aussi qu'il y a eu des malades très bien observés, chez lesquels n'était apparu durant la vie aucun signe de tumeur et qui avaient présenté seulement des troubles psychiques : on peut dire qu'il existe, à titre exceptionnel, des tumeurs cérébrales larvées à forme psychopathique.

⁂

On peut rapprocher de cette dernière catégorie un groupe de cas sur lesquels l'attention ne paraît pas avoir été attirée nettement jusqu'ici : c'est celui des *syndromes psychiques initiaux* des néoplasmes cérébraux.

Nous avons eu l'occasion d'observer au Dispensaire de prophylaxie mentale des cas variés de tumeurs cérébrales et chez plusieurs de ces malades les troubles psychiques avaient constitué à eux seuls la symptomatologie pendant une période plus ou moins longue. Voici un bref résumé de ces cas :

Obs. I. — M. D..., 40 ans, a été soigné pendant 18 mois par un médecin très éminent pour un état « psychasthénique », avec obsessions, doutes, phobies, aboulie. Ce malade n'avait pas eu d'antécédents psychasthéniques. C'était un homme très énergique, qui avait réussi, simple contremaître au début, à devenir directeur d'usine. Peu à peu son travail est devenu insuffisant, ses employeurs ont dû se séparer de lui.

Dans le service de P. M. se développent des signes de tumeur intra-cranienne (céphalées, vomissements, vertiges, œdème papillaire, bradycardie, hypertension du liquide céphalo-rachidien). Ces signes s'aggravent assez rapidement. A l'autopsie, gliome à

point de départ dans la partie moyenne du corps calleux, s'étendant dans la substance blanche du lobe frontal droit et à gauche dans la partie intérieure du noyau caudé et dans le putamen.

Obs. II. — Mme D. R..., 41 ans, présente durant trois mois avant son entrée dans le service une incapacité progressive de travail et des périodes confusionnelles coupées d'intervalles lucides où persistent cependant des troubles psychiques isolés : la malade croit que son mari, mort il y a deux ans, est encore vivant, et bien qu'elle donne des détails sur son enterrement, elle prétend avoir rendez-vous avec lui au dehors. Elle a donc montré plutôt que l' « ecphorie » de Pitres, déjà signalée au cours des tumeurs cérébrales, la « méconnaissance systématisée d'une situation » (de Clérambault). Transportée dans un hôpital parisien, elle y reste plusieurs semaines et nous est adressée pour confusion mentale.

Dans le service, narcolepsie, polyurie, obésité rapide se développant sous nos yeux, troubles sphinctériens, hypertension du liquide céphalo-rachidien, persistance du trouble intellectuel.

A l'autopsie, grosse tumeur infundibulaire.

Obs. III. — M. S..., 52 ans, inquiétait ses proches depuis deux ans, par une diminution lentement progressive de l'activité professionnelle. Au cours de ces deux années, aucun autre phénomène psychique ou neurologique, sauf une seule fois, un vertige suivi de chute. Il est envoyé par son médecin au Dispensaire de P. M. à cause de son apathie grandissante.

A l'entrée dans le service, torpeur, épisodes confusionnels légers, adiadococinésie, apraxie. Evolution rapide.

A l'autopsie : tumeur du corps calleux, détruisant le bourrelet, le noyau caudé et le putamen, surtout à droite, et qui avait envahi les deux lobes frontaux.

***

On voit d'après les quelques faits que nous rapportons que la symptomatologie psychique initiale des tumeurs cérébrales peut présenter un aspect très divers. Ceci ressort également de la statistique de Moersch (1) qui, sur 237 cas de tumeurs cérébrales observées à la Clinique Mayo, note incidemment que dans 11 cas (soit 4,6 0/0) des symptômes

(1) Moersch. — Manifestations psychiques dans des cas de tumeurs cérébrales. Congrès Américain de Psychiatrie, Atlantic City, 1924, in *American Journal of Psychiatry*, vol. IV, n° 4, p. 705.

mentaux étaient apparus en premier lieu, symptômes mentaux qu'il range sous les rubriques : dépression, états neurasthéniques, confusion, démence précoce, hystérie, etc...

Les signes psychiques qui constituent dans de tels cas, pendant une période plus ou moins longue, la seule symptomatologie du néoplasme intra-cranien, ne peuvent être différenciés cliniquement des signes analogues observés au cours d'états psychopathiques banaux. On ne peut donc pas décrire un syndrome psychique qui permettrait le diagnostic de certaines tumeurs cérébrales à leur stade initial — pas plus d'ailleurs qu'on ne peut attribuer de valeur formelle aux syndromes psychiques décrits classiquement comme caractéristiques des tumeurs frontales ou calleuses.

Un diagnostic précoce de ces cas larvés serait peut-être rendu possible par la pratique systématique de la ponction lombaire chez tous les malades d'un service libre de médecine mentale. L''examen ophtalmoscopique ne saurait être fait trop souvent, mais la stase papillaire, fait défaut, on le sait, dans un très grand nombre de tumeurs cérébrales. L'hypertension du liquide céphalo-rachidien au contraire est un signe plus fidèle et peut être constatée au manomètre du professeur Claude ; elle permet parfois de fixer le diagnostic en dehors de tout autre symptôme classique des tumeurs cérébrales. Mais la ponction lombaire systématique se heurterait à de grosses difficultés dans un service d'hygiène mentale, à cause de l'état mental de certains malades récriminants.

Puisque ce renseignement, précieux par son objectivité, ne peut être obtenu pour tous les malades, il faut, même en présence d'un syndrome obsessionnel banal, pratiquer un examen somatique approfondi, ne pas négliger la recherche des plus petits signes neurologiques, susceptibles parfois d'orienter vers un diagnostic de tumeur. Il faut avoir présente à l'esprit l'existence possible des tumeurs cérébrales dont le tableau clinique apparent n'est constitué au début que par des symptômes mentaux.

Observations sur quelques manifestations tardives de l'encéphalite épidémique

Par le Dr W. Beyerman

Service ouvert de l'asile de Santpoort (ancien Meerenberg)

Les manifestations tardives de l'encéphalite épidémique à l'asile de Santpoort sont principalement les mêmes que celles décrites par l'excellent livre du Dr Gabrielle Lévy. Nous avons vu les troubles excito-moteurs, le parkinsonisme, les types respiratoires et les psychopathies. Aussi je n'aurais aucune raison de présenter une communication sur ce sujet, si je ne croyais nécessaire d'insister sur quelques points plus psychiques que neurologiques, auxquels il faut attribuer une grande importance en connection avec le caractère de quelques psychoses, encore insuffisamment connues.

Mon point de départ sera l'observation d'un malade attaqué d'un syndrome parkinsonien, qui a eu l'épisode aiguë en 1920. Il entra en 1923 dans notre service ouvert à cause de sa mélancolie, son irritabilité et son manque d'énergie. Le 3 mars 1925 il eut soudainement, à la salle à manger, un accès qui fut suivi toutes les 3 ou 5 minutes d'un autre. Alors j'eus l'occasion d'observer exactement ces accès.

Le malade était à ce moment alité. Tout à coup avec une vitesse à laquelle on ne s'attendrait pas chez un malade qui a le syndrome parkinsonien, il saute hors de son lit, la figure en tension et court le long de la salle pour s'arrêter seulement à l'autre bout. A ce moment la conscience revint et il se laissa reconduire dans son lit. Ces accès revenaient avec une régularité d'horloge. Ni sommeil, ni distraction ne pouvaient retenir les accès. Seul le bain chaud prolongé faisait couper ces troubles, qu'on peut nommer des accès de *dromolepsie*.

Peu de temps après apparaît un second phénomène. Le malade se sent forcé de fixer le regard sur quelque chose, sur une petite tâche, un rien. Cela commence plusieurs fois vers

cinq heures du soir et dure pendant une ou deux heures. Quoique le malade trouve cela très désagréable, il ne veut pas qu'on lui vienne en aide ou qu'on lui remette l'oreiller. Je veux vous faire remarquer que le malade a, durant cette fixité du regard l'air anxieux, précisément comme dans les accès de dromolepsie.

Un troisième phénomène, qui s'était déclaré d'ailleurs quelques mois auparavant, le somnambulisme, s'aggravait sérieusement. La nuit, il saute hors de son lit, il crie, il croit qu'il est appelé, il est anxieux, mais se laisse après un moment reconduire dans son lit. Quoiqu'il montre durant ce somnambulisme une grande émotion, il a parfaitement oublié, le matin, ce qui s'est passé.

Encore un quatrième phénomène s'est présenté. Sans cause quelconque, l'idée l'envahit de jeter son gobelet par la fenêtre ou de brusquer quelqu'un. Alors, il a besoin de toute son intelligence pour combattre ce sentiment obscur.

Si vous aviez vu ce malade, vous auriez eu besoin de critiquer ces quatre phénomènes sous un seul point de vue. Vous auriez dit, comme moi, que ces troubles sont la suite d'un trop d'excitations d'un même mécanisme, un mécanisme psycho-moteur, dont l'affect, le sentiment est le facteur dominant, et qui se manifeste par des actes plus ou moins automatisés, tels que la peur, la fuite ou la défense.

L'encéphalite est la maladie des ganglions gris centraux. Quoiqu'on en ait décrit quelques cas avec des lésions dans l'écorce cérébrale, dans la grande majorité des cas il y avait des lésions, soit dans la protubérance, soit dans le mésencéphale ou dans le corps strié. La première question qui se pose est celle-ci : est-il possible de localiser les troubles décrits dans les noyaux gris ? La fonction de ces centres n'est pas encore assez connue. Nous y localisons les syndromes extra-pyramidaux, encore nous connaissons leur influence sur le système végétatif.

Je veux insister ici surtout sur les opinions défendues assidûment depuis 1909 par Reichardt. Il veut diviser la fonction de l'écorce et des noyaux de la base dans le sens du néo-encéphale et palæo-encéphale d'Edinger. Le néo-encéphale a la faculté d'associer et d'apercevoir, dans le palæo-encéphale réside le lieu central pour les fonctions du corps, c'est ici que règne l'organisme psycho-physique, c'est ici qu'il y a la faculté de l'activité, de la spontanéité, l'attention, les affec-

tions, les tendances et les instincts. C'est la différence entre l'esprit et l'âme, l'intelligence et le sentiment, les facultés intellectuelles et le caractère. Il ne faut pas s'imaginer que ces deux organismes sont indépendants, l'un a toujours besoin de l'autre ; le palæo-encéphale est en quelque sorte superordiné, mais il n'a pas de valeur sans les aperceptions et les associations de l'écorce cérébrale.

Les phénomènes décrits sont, comme j'ai dit, accompagnés de troubles des affections. La dromolepsie est un mécanisme rythmé avec la perte de conscience, mais qui s'exécute comme un instinct, une défense, une fuite, comme un réflexe supérieur. Quoique le malade, par la perte de sa conscience, ne puisse pas raconter lui-même ses sensations, l'observation de ce réflexe donne l'idée d'un affect, qui éclate. La dromolepsie c'est l'action, la fixité du regard c'est l'attente. La figure pommadée du malade est alors tout à fait en tension, aussi c'est un instinct supérieur, qui ne se laisse pas débattre par d'autres forces directives, ni par l'esprit, qui du reste voudrait bien se détacher de cette puissance, pour lui inexplicable. Le somnambulisme peut être expliqué de la même manière. Dans cet état de sommeil c'est la peur, l'émotion qui provoque l'agitation. Les idées impulsives sont du même ordre. Ici, l'esprit peut encore vaincre les impulsions, mais le malade ne sait pas si cela peut rester ainsi.

Mes observations trouvent un soutien important dans les autres troubles de l'encéphalite. On peut diviser les aperceptions des sens en deux groupes, l'un gnostique, non-autonome et l'autre, affectif, vital, autonome. Ce sont surtout les derniers qui sont changés chez les encéphalitiques. Mon observation la plus importante fut celle faite sur un malade avec un syndrome parkinsonien complet. Lorsqu'on l'interrogeait, il ne se plaignait jamais et disait qu'il était en bonne santé, quoiqu'il fût si raide, qu'il ressemblât à un morceau de bois et que toutes les fonctions lui fussent presque impossibles. Mais, à la visite de sa femme, il s'informait précisément comment se portaient ses enfants. Un autre, lui aussi, ne se tourmentait pas de sa mauvaise condition, excepté d'une seule sensation de gêne, localisée à l'endroit de son cœur, qu'il paraphrasait comme le sentiment qu'éprouve un campagnard qui est invité à un dîner avec les ministres. Cette sensation fut pour lui la cause de maintes tentatives de suicide. Dans ces deux cas, ce sont les aperceptions végétatives

qui sont changées et qui ont une valeur prédominante sur l'état du malade.

Il faut relater la ressemblance de ces syndromes avec les psychoneuroses. Mlle Lévy insiste sur le fait que plusieurs phénomènes encéphalitiques sont nommés au début pithiatiques. Les médecins hollandais sont d'accord là-dessus avec leurs collègues français, presque tous mes malades m'étaient envoyés comme pithiatiques.

Il y a une bonne raison pour cette diagnose. Il y a un manque de phénomènes neurologiques, une grande influence psychique, l'absence des phénomènes pendant le sommeil, etc. Mais l'essentiel, c'est que les phénomènes encéphalitiques et pithiatiques eux-mêmes se ressemblent souvent absolument. Je ne crois pas que ce soit si singulier. L'encéphalite est la lésion organique de l'endroit où naissent la volonté, les désirs, les instincts, les sentiments. L'encéphalite nous apprend seulement que de deux manières surgissent les troubles, l'une par voie organique, l'autre par voie psychique, et c'est la nature même des phénomènes de ces parties du cerveau qu'on les peut influencer par la psychothérapie, par le sommeil, etc.

D'autre part, nous avons vu des syndromes catatoniques. La diagnose différentielle est souvent même impossible. Ainsi, je crois que les mêmes parties peuvent être lésées soit par le poison de la démence précoce, soit par le virus encéphalitique.

Aussi l'épilepsie, avec ses attaques rythmée , ressemble à certaines manifestations encéphalitiques où le rythme domine les troubles (types respiratoires, dromolepsie, etc.).

Ainsi, l'encéphalite a fait disparaître certaines limites que nous nous étions formées entre quelques psychoses. A mon avis, nous ne devons pas regretter cette destruction, plutôt je crois que l'encéphalite à manifestations tardives nous ouvrira de nouvelles perspectives psychiatriques.

Psycholopathologie expérimentale comparée entre les séquelles d'encéphalite épidémique et les perversions constitutionnelles chez les enfants

Par le Dr J. Roubinovitch et Mlle J. Abramson

Il n'y a pas de maladie mentale, à l'heure actuelle, sur laquelle on ait écrit autant que sur l'encéphalite épidémique. Et ce n'est pas étonnant, étant donné qu'il n'y a presque pas de symptôme, soit organique, soit mental, qu'on n'ait trouvé dans la séméiologie de cette affection. Certains symptômes ont frappé tout particulièrement les psychiatres. Ceux qui ont soigné les enfants atteints de séquelles d'E. E. ont tous constaté des troubles de l'affectivité, des changements bizarres du caractère, les enfants étant devenus, selon le témoignage des parents et de ceux qui les connaissaient, le contraire de ce qu'ils avaient été auparavant. Les qualités qu'on avait vu éclore chez ces enfants se sont métamorphosés en défauts : impulsions, mensonges, méchancetés, brutalité, vols, médisances, malignité, onanisme, etc..., etc... Les enfants sont devenus des petits monstres, inadaptés et inadaptables à la vie sociale, dans le genre de ceux que l'on a l'habitude de désigner sous le nom de « fous moraux » ou de pervers instinctifs. L'analogie était tellement frappante qu'elle s'imposait dès le début et, à notre connaissance, c'est M. Robin qui, dans sa thèse intéressante sur les troubles mentaux consécutifs à l'E. E., a montré le premier que les perversions post-encéphalitiques, si perversions il y a, sont d'un genre tout différent de celles rencontrées chez les pervers véritables.

Nous avons voulu mettre un peu de clarté et de précision dans cette question si angoissante en étudiant de plus près ces deux catégories d'enfants, et en y appliquant la méthode de psychologie expérimentale. Nous nous sommes servis, en dehors de l'observation clinique, d'un nombre considérable de tests ayant pour but de déceler dans les deux groupes, d'un

côté, les troubles intellectuels, et d'un autre côté, les troubles affectifs.

Chacun des groupes se compose de sept enfants, au total quatorze cas, treize filles de la Fondation Vallée et un garçon du Dispensaire d'Hygiène Mentale. Nous n'avons pas choisi les cas pour les besoins de la cause, mais nous avons pris ceux qui se sont présentés. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que notre matériel soit très hérérogène. Quant à l'âge, le groupe post-encéphalitique se compose de quatre enfants de onze ans, deux de seize ans et une fillette de treize ans et huit mois. Dans le groupe des pervers constitutionnels, il y a cinq fillettes de treize ans et de treize ans et demi, une de onze ans et demi et une de dix ans. Les enfants postencéphalitiques ont tous contracté l'E. E. pendant la grande épidémie de 1919 et 1920, c'est-à-dire que deux enfants avaient alors dix et onze ans, et ce sont les moins touchés du groupe au point de vue intellectuel ; une autre avait huit ans et demi ; trois enfants avaient six ans et une fillette avait quatre ans et demi — une des plus touchées.

Est-ce parce que leur E. E., déjà ancienne, est passée à l'état chronique, ou cela tient-il à la différence du matériel lui-même, toujours est-il que nous sommes loin des belles observations de Staehelin publiées dans la « Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie ». Nous en voyons des échos lointains dans les faits, comme celui de cette jeune fille de seize ans, qui raisonne comme une jeune personne de son âge et qui, à la suite d'une contrariété, crache dans la bassine où on lave la vaisselle, comme ferait un enfant mal élevé et coléreux de deux ou trois ans. Cette même jeune fille, intelligente, vient à l'interrogatoire dans une tenue négligée qui gênerait un enfant de quatre ans. Ou cette autre jeune fille de quatorze ans, qui déchire la chemise qu'elle porte sur elle pour se faire une ceinture dont elle a envie pour le moment. Elles crachent les unes sur les autres, se tirent les cheveux, se taquinent continuellement comme le font les petits enfants.

Quant à leur attitude générale et à leurs tendances dominantes, il y a une fillette avec une forte pointe de mythomanie, une autre qui s'inquiète beaucoup quand elle n'a pas bien répondu : c'est une scrupuleuse ; le garçon de seize ans a un amour-propre qui convient à son âge ; pour les autres, c'est l'insouciance même, insouciance caractéristique des enfants de quatre, cinq ans.

Le groupe parallèle est très hétérogène. Nous n'avons pas de cas frappants, comme les beaux portraits des « fous moraux ». Nous y avons deux arriérées méchantes, indisciplinées et désobéissantes, dont la plus grande préoccupation c'est de ne rien faire, mais qui pèchent surtout par défaut d'intelligence. Il y a une grande mythomaniaque voleuse et ayant fait de nombreuses fugues. Il y a deux grandes instables avec des instincts de sauvage, grimpant sur des arbres, sur des murs, s'évadant par des tuyaux. Nous avons une fillette qui est un représentant classique du « fou moral ». Intelligente, elle faisait du mal aux autres « pour s'amuser », comme elle disait. Elle faisait manger les excréments aux petits, elle faisait avaler des mouches aux petites idiotes de la Fondation Vallée. Elle retira sa perruque à la surveillante de l'Orphelinat qui l'a abritée. Elle parle de ses actions avec une indifférence complète. Le sourire ironique ne la quitte jamais. Elle manifeste la même indifférence en racontant que son frère ne vaut pas plus qu'elle. Nous avons encore une fillette d'une intelligence normale qui, à l'âge de six ans, est allée se plaindre chez le commissaire de police de ce que ses parents l'avaient maltraitée. Nous avons enfin une fillette de onze ans et demi avec des troubles de l'intelligence et de l'affectivité, indifférence, vols, mensonges, qui fait penser à la schizophrénie.

Nous allons voir quelle est l'attitude des enfants des deux groupes dans les fonctions essentielles de l'intelligence : l'attention, la mémoire, l'imagination, les associations, la compréhension, le raisonnement, la discrimination, le vocabulaire, etc...

Nous ne pouvons pas entrer ici dans les détails des expériences, qui nous ont révélé beaucoup de choses intéressantes ; nous nous bornerons à rapporter les résultats.

Ainsi, l'étude de l'*attention* nous a montré que l'attention la plus élémentaire et la plus automatique est bien touchée, dans les séquelles d'E. E., au point de vue qualitatif et surtout au point de vue quantitatif. Il n'y a qu'un seul cas où le rendement égale celui du groupe parallèle des pervers, c'est le cas de Gabrielle B., la plus âgée et la moins touchée du groupe au point de vue de l'intelligence générale. Au point de vue qualitatif, il y a de grandes différences individuelles, car il faut bien constater un fait qu'on a tendance à négliger : il y a une attitude générale individuelle et parti-

culière à chaque enfant, attitude qui subsiste malgré les changements du caractère. Dans le groupe des pervers, il faut distinguer deux catégories : les instables, dont le rendement est en fonction de leur instabilité. Le rendement des autres ne diffère pas de celui des enfants normaux de leur âge.

Quant à l'*attention divisée* — très bon test d'adaptabilité intellectuelle — elle est irréalisable dans le groupe des post-encéphalitiques. Gabrielle B., la moins touchée et la plus âgée du groupe, la seule qui puisse l'exécuter, arrive à un rendement très inférieur. Dans le groupe parallèle des pervers, ce rendement est en fonction de l'instabilité des sujets, autrement dit, s'il n'y a pas d'instabilité ou d'arriération marquée, ce rendement correspond au rendement des enfants normaux.

L'*attention supérieure,* qu'on a l'habitude de désigner sous le nom d'attention volontaire, se révèle dans tous les actes sociaux de la vie. Chez l'enfant, elle se manifeste dans la puissance d'acquérir des connaissances, dans la volonté de surmonter les difficultés, dans la ténacité au point de vue des intérêts.

Celle-ci est bien touchée dans les deux groupes, mais d'une façon très différente. Elle ne travaille que par étincelles chez les postencéphalitiques. C'est grâce aux progrès réalisés durant ces éclairs qu'on n'a pas pu constater, d'une façon générale, d'affaiblissement intellectuel net, ni même d'arrêt du développement. Pas un seul des enfants examinés n'est resté à un âge intellectuel équivalent à l'âge où il a contracté l'E. E. et souvent, au point de vue de l'intelligence générale, ils sont au même niveau que les enfants normaux de leur âge, quoique, dans les connaissances scolaires, les postencéphalitiques sont nuls ou presque nuls, s'ils ont eu l'E. E. avant la fréquentation régulière de l'école.

Si l'attention volontaire est dispersée chez les enfants postencéphalitiques, elle est, au contraire, polarisée chez les pervers, comme le sont leurs intérêts. Nous voyons ici la différence la plus essentielle entre les deux catégories. L'enfant postencéphalitique garde la mobilité et la plasticité des intérêts, et partant de l'attention, à un âge où cela ne lui serait plus permis normalement ; l'enfant pervers manifeste au contraire une ténacité dans ses intérêts et tendances qui le rapprochent plutôt de l'adulte, dont la sphère des intérêts est limitée le plus souvent et canalisée dans une certaine

direction. Il va sans dire que l'analogie n'est que de pure forme, les tendances des pervers étant asociales et antisociales et celles des adultes normaux étant bien insérées dans la vie sociale et familiale.

Nous avons examiné dans les deux groupes la *mémoire* sous ses différents aspects et formes : mémoire des phrases, des chiffres, des mots, des objets, des faits, mémoire-observation, etc... Le groupe des pervers témoigne d'une bonne mémoire de fixation, de conservation et d'évocation. Le groupe des postencéphalitiques est l'inégalité même. La mémoire de conservation ne paraît pas être troublée. La mémoire de fixation et d'évocation demande un effort d'attention, et c'est l'attention qui fait défaut dans les séquelles d'E .E. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que ces troubles de l'attention se répercutent sur les pouvoirs mnésiques de ces malades. Il est intéressant de constater que la seule chose que les enfants aient pu apprendre depuis leur maladie, ce sont les chansons. Il est évident que le rythme facilite ici l'évocation des souvenirs.

L'étude de l'*imagination* décèle des troubles plus intéressants et bizarres. Nous l'avons examiné à l'aide du test connu de la tache d'encre. Tandis que les réponses des pervers ne diffèrent en rien de celles des enfants normaux de leur âge, les réactions des postencéphalitiques sont souvent des plus bizarres, réactions qu'on ne rencontre jamais ni chez des enfants, ni chez des adultes normaux. Ils évoquent les images facilement et en grande quantité, peut-être plus que les malade présente aussi de la micrographie, qui a été souvent d'une nature toute particulière. Ainsi, Germaine A. voit très souvent des tout petits bébés, des petits bonshommes, petites têtes, petites cloches, etc... Il est intéressant de noter que cette malade présente aussi de la micrographie, qui a été souvent signalée par les auteurs. Une autre, Charlotte B., voit, elle aussi, plusieurs fois des images petites et un homme bossu. La bosse est vue plusieurs fois par une troisième, Gabrielle E. Une quatrième, Germaine M., voit des nains. Il est curieux que, parmi des centaines d'expériences faites avec des enfants d'âge différent, normaux et arriérés, et chez des adultes, nous n'avons jamais relevé de témoignages pareils, sauf dans quelques cas de démence précoce. Une cinquième, Marie P., voit des *tableaux* les plus étranges, par exemple, des bonshommes coupés en deux, un arbre coupé en deux, un mort

tombé par terre. Le sixième, Léon I., voyait des images qu'il n'osait pas nommer.

L'examen de l'*imagination verbale,* que nous avons étudiée en faisant construire des phrases et des récits, a donné dans le groupe des séquelles d'E. E. des résultats très pauvres. Même les plus intelligents construisent des phrases très médiocres, et leurs récits sont de véritables non-sens.

Dans le groupe parallèle, l'activité verbale porte des caractères particuliers. Les phrases sont bien construites, à l'exception des deux fillettes nettement arriérées. Les récits sont faits comme sur commande. Dans la construction des phrases, dans les récits, de même que dans les définitions, comparaisons et jugements, elles font étalage de toutes les vertus dont l'absence les a mises en marge de la vie familiale et sociale régulière : sincérité, courage, charité, endurance, abnégation, etc... C'est là un signe d'adaptation au milieu et à ses exigences. Elles construisent des récits qui doivent plaire. C'est l'automatisme social qui se fait jour ici. Cet automatisme social, ce besoin d'adaptation fait complètement défaut dans le groupe des séquelles d'E. E. Les postencéphalitiques ne donnent presque jamais de réponses scolaires.

Il en est de même pour la *compréhension* des proverbes, des fables, des situations. Les pervers donnent souvent des réponses comme sur commande, à l'exception des deux franchement arriérées, tandis que les postencéphalitiques donnent des réponses inadaptées et capricieuses.

Pour examiner l'*adaptabilité intellectuelle,* nous nous sommes servis des tests, qui, d'après de nombreux auteurs, permettent de dépister l'arriération mentale. Si ces examens peuvent être utiles pour les pervers qui ne sont pas des instables, ils ne sont d'aucune utilité pour les enfants postencéphalitiques. Ces enfants peuvent donner réponse d'une façon satisfaisante, et même brillante, aux tests d'un âge supérieur au leur, et le refuser à ceux d'un âge très inférieur.

Nous voyons les mêmes caractères dans l'examen de leurs *fonctions logiques,* définition, comparaisons, sens critique. Les réponses comme sur commande l'emportent dans le groupe des pervers, le « n'importe-quisme » dans le groupe parallèle des postencéphalitiques.

Si nous passons maintenant aux *actes délictueux,* il suffit de comparer même superficiellement les deux groupes pour voir des différences essentielles. Les vols, les mensonges et les

calomnies des postencéphalitiques sont puérils et inadaptés au but qu'ils se proposent. Le cas rapporté par Staehelin est bien caractéristique de ce garçon qui se plaignait aux voisins d'être maltraité par ses parents. Quand la police est intervenue, le gamin a enfermé à clef les gendarmes avec ses parents. Une fillette, à la F. V., dérobait de temps en temps de petits objets insignifiants, mais elle racontait tout de suite ses méfaits. Ces enfants se repentent vite et sont rarement dissimulateurs. Comme nous sommes loin des vrais pervers, dont l'activité et bien adaptée aux fins qu'ils se proposent et dont le repentir est toujours une dissimulation.

Pour conclure, nous pouvons dire que la mentalité de l'enfant pervers constitutionnel est essentiellement *élective*. Les intérêts et l'attention son polarisés. L'affectivité est *déviée*. La mentalité infantile postencéphalitique est *dispersée*. L'intelligence est bizarre et paradoxale, les enfants répondant souvent mal aux questions simples et se tirant bien d'affaire dans les questions bien plus compliquées. C'est que les réactions qui mettent en jeu nos automatismes sont barrées, tandis que les réactions réfléchies ne le sont pas. Souvent ces enfants ne sont pas arriérés, ils ne sont ni des sots, ni des imbéciles. Leur arriération se manifeste plutôt dans le domaine de l'affectivité. Et ce n'est pas dans le sens d'une déviation comme chez les pervers : le trouble se manifeste plutôt comme une régression *vers la puérilité et l'infantilisme affectifs*.

Sur quelques cas de psychopathies tuberculeuses

(Consultation du Dispensaire de Prophylaxie mentale)

Par M. Xavier Abély

J'ai eu l'occasion d'observer, à la consultation du Dispensaire de Prophylaxie mentale, une série de cas de psychopathies tuberculeuses. Il est classique de décrire l'excitation, l'euphorie des tuberculeux. Or, la plupart des consultants étaient des psychasthéniques. L'existence d'états dépressifs au cours de la tuberculose est un fait connu. Il n'est pas moins intéressant d'en signaler la fréquence.

Ce qui m'a paru présenter un intérêt plus grand, c'est l'observation de plusieurs cas de « psychologies tuberculeuses », que l'on ne peut apparenter qu'aux états schyzophréniques atténués.

Ce qui frappe, chez ces malades, c'est l'amour de la rêverie, la prédominance de la vie intérieure, associés au dédain ou à l'indifférence de la vie pratique ; c'est, en somme, l'autisme. Ils abandonnent ou négligent leurs occupations, même lorsqu'elles sont compatibles avec leur état de santé. Ils perdent toute ambition professionnelle. Ils ne songent plus aux nécessités pécuniaires. Ils se complaisent dans le vagabondage de l'imagination ; mais, souvent, leur rêverie se réduit à une stagnation monoïdéique de la pensée, à une sorte de stéréotypie mentale. Ces stéréotypies, que l'on peut rapprocher des obsessions, n'entraînent aucune anxiété, aucune lutte, mais sont, au contraire, agréables au malade. On constate bien chez ces sujets quelques idées hypochondriaques ; elles seraient légitimes si elles portaient sur la gravité trop réelle de leur maladie ; mais, le plus souvent, ils se plaignent de malaises secondaires, insignifiants ou imaginaires, alors même qu'ils se savent tuberculeux. Beaucoup semblent indifférents à leur mal. L'euphorie, si souvent décrite, des tuberculeux, n'est-elle pas parfois une forme de

discordance ? Dupré, qui a bien étudié ce symptôme, pense qu'il « a un caractère démentiel » qui indique un profond désordre psychopathique.

Ajoutez à ces signes l'égoïsme profond de ces malades, leur indifférence à l'égard de l'entourage, leur irritabilité, leurs réactions illogiques contradictoires ou bizarres et vous aurez un tableau clinique présentant tous les éléments des états schizophréniques légers.

Je citerai pour illustrer cette description une lettre typique d'un de mes malades : « Je présente, dit-il, de l'anémie cérébrale caractérisée par la diminution de la mémoire et de l'attention et une certaine difficulté à cordonner les idées et parfois à les exprimer... En outre je présente quelques troubles de la volonté ; des réactions brusques qui me font prendre des décisions précipitées. De ces décisions les unes ne sont pas motivées du tout. Je les juge absurdes et malgré cela, je les prends poussé inexplicablement... Les autres sont motivées à mes yeux (quoique ne l'étant pas au point de vue de la raison) parce que j'y attache des satisfactions chimériques, dont l'idée obsessionnelle surgit brusquement ».

Cette dernière phrase n'est-elle pas particulièrement caractéristique de l'autisme de ces malades ?

La possibilité d'un rapport entre des états schizophréniques atténués et la tuberculose m'a paru digne d'être soulignée.

La fréquence de la tuberculose chez les déments précoces est un fait connu et généralement admis. Mais on est bien loin de s'entendre sur les rapports exacts des deux affections. La tuberculose est-elle une cause ; est-elle un effet ?

Le véritable problème à résoudre est de savoir si la tuberculose est postérieure ou antérieure à la maladie mentale. La solution ne peut être cherchée que dans l'étude des états tout à fait initiaux de la démence précoce.

Soit au service de Prophylaxie, soit dans mon service de Charenton, où je reçois de nombreux militaires presque aussitôt après l'éclosion de leurs troubles mentaux, j'ai pu recueillir des cas multiples de ce genre. J'ai pu réunir ainsi des observations de tuberculose avérés dont les états psychopathiques établissent toute une gamme de formes intermédiaires allant depuis les états hébéphréniques ou schizophréniques minimes jusqu'aux états démentiels indiscutables. La constatation d'une sorte de psychologie schizoïde

des tuberculeux m'a permis d'ajouter à cette série une phase plus initiale encore.

A l'extrémité opposée de cette chaîne, pour assurer sa continuité, j'ai recherché enfin chez des déments précoces en pleine période d'état, les antécédents tuberculeux personnels, antérieurs à la psychose, ne retenant qu'à titre complémentaire les antécédents héréditaires. M. Roubinovitch avait déjà entrepris une statistique de ce genre et concluait à la fréquence des antécédents positifs dans la proportion de plus de 50 0/0. Sur 80 cas étudiés jusqu'ici j'ai pu retrouver des manifestations tuberculeuses antérieures dans 47 cas soit dans la proportion approximative de 60 0/0.

Dans l'étiologie bacillaire possible de la démence précoce, il ne faut pas tenir compte seulement des tuberculoses généralisées ou des tuberculoses graves. Toute tuberculose locale, tout foyer bacillaire pouvant déverser ses toxines dans la circulation est un facteur étiologique tout aussi important. J'ai observé une démente précoce addisonnienne dont la mélanodermie légère avait précédé les troubles mentaux, ce qui nous permet de penser que l'étiologie bacillaire de la démence précoce n'est pas incompatible avec une étiologie endocrinienne.

Je crois que le rôle de la tuberculose aussi délimité est encore trop restreint. Il reste tout un champ difficilement explorable dans lequel la tuberculose est latente, malaisément décelable. Or l'évolution torpide de la tuberculose dans la démence précoce est extrêmement fréquente. Cette remarque paraît prouver, entre parenthèses, que la démence précoce n'offre pas une réceptivité si grande, un terrain si favorable qu'on veut bien le dire à la tuberculose. Je crois que seules les intoxications bacillaires lentes et insidieuses déterminent les syndromes hébéphrénocatatoniques tandis que les tuberculoses aiguës ou rapides déterminent des syndromes psychopathiques aigüs : mélancolie, confusion, etc. L'étude de l'encéphalite léthargique a bien montré les effets de ces intoxications atténuées et prolongées qui semblent déterminer de façon élective des syndromes hébéphrénocatatoniques. Il y a là un rapprochement à faire entre les rôles étiologiques et pathogéniques de la tuberculose et de l'encéphalite.

Donc, chez les déments précoces, les tuberculoses facilement décelables ne représentent qu'une minime partie du nombre des tuberculoses réelles.

Il y aurait donc un intérêt considérable à dépister chez ces malades les tuberculoses latentes mais actives. Pour cela on s'est adressé jusqu'ici aux méthodes à la tuberculine. La cuti-réaction, qui a donné à plusieurs auteurs d'intéressants résultats dans l'hébéphrénocatatonie, est susceptible d'importantes critiques. On sait aujourd'hui qu'elle est exagérément positive, qu'elle ne permet pas de distinguer les foyers actifs et les foyers anciens ; qu'il n'y a pas de rapports entre sa présence et la présence des anticorps tuberculeux dans le sang.

Je me suis adressé à une réaction plus récente : la réaction de Besredka qui est l'application de la réaction de fixation du complément à la tuberculose. Il ne m'appartient pas de faire une étude critique de cette méthode, encore nouvelle. Je noterai seulement, d'après Urbain, qui a fait une mise au point complète de tous les résultats obtenus, que ce procédé permet de déceler les tuberculoses latentes, qu'il indique l'existence des foyers en activité ; qu'il y a parallélisme entre sa présence et la présence des anticorps tuberculeux dans le sang ; qu'elle est enfin un peu tardive et que sa constatation permet d'affirmer une évolution tuberculeuse datant déjà de quelque temps. Il m'a semblé qu'il y avait là les conditions les plus favorables pour la recherche de l'étiologie bacillaire et de la démence précoce.

Les réactions ont été faites soit à l'Institut Pasteur, soit au laboratoire du Dispensaire. Je me suis adressé à des malades situés à des étapes diverses de l'évolutoin schizophrénique. Ma statistique porte actuellement sur 45 cas ; dans chaque cas la réaction n'a été faite qu'une fois. J'ai trouvé 29 réactions positives et 16 négatives, soit une proportion de plus de 60 0/0.

On peut opposer à ces résultats une objection fondamentale : c'est la fréquence de la tuberculose dans l'humanité en général et dans les asiles en particulier. Il ne faudrait cependant pas exagérer l'universalité de la tuberculose. On doit distinguer les lésions anciennes et les lésions en évolution, que seules révèle la réaction de Besredka. Or Rieux, recherchant cette réaction chez de jeunes recrues et dans les maladies les plus diverses, ne l'a trouvée positive que dans 28 cas sur 295 observés. Quant à la fréquence de la tuberculose dans les asiles, c'est là encore une notion à reviser, que les conditions hygiéniques modernes ont bien

modifiée. D'autre part si, dans un service, on sépare les déments précoces des autres aliénés, on s'aperçoit que la tuberculose est beaucoup plus fréquente chez les premiers.

Conclusions. — Les toxines tuberculeuses paraissent avoir une influence considérable sur le psychisme.

Le rôle de la tuberculose est important dans l'étiologie de la démence précoce. Mais on ne saurait prétendre qu'il est exclusif.

Il est possible d'observer la tuberculose dans des états schyzophréniques très atténués et dans les périodes tout à fait initales de la démence précoce. Lorsqu'éclatent les grands symptômes hébéphrénocatatoniques, souvent la bacillose évolue insidieusement depuis longtemps. D'où la possibilité d'un traitement anti-tuberculeux préventif de la démence précoce.

Il y a intérêt à rechercher la tuberculose à la fois cliniquement et par la réaction de Besredka dans tous les états psychopathiques atypiques.

Je crois en effet que sa présence implique un fâcheux pronostic, soit de chronicité, soit de dissociation psychique.

Du Mongolisme

Par Dr W.-M. VAN DER SCHEER (de Santpoort, Hollande)

La communication que je désire faire ici se rapporte à différentes recherches que j'ai faites sur un très grand nombre d'idiots mongoloïdes en Hollande.

En ce moment je possède 347 cas bien établis de mongolisme en Hollande dont j'ai des données anamnestiques très détaillées et exactes. De ces 347 cas j'en ai examiné 150 en personne.

FRÉQUENCE

Dans les hospices d'aliénés, aux Pays-Bas, ± 5,5 0/0 de malades souffrent de mongolisme.

Nonobstant une enquête auprès de tous les médecins en Hollande, je n'ai pu réussir à recueillir des données suffisantes pour fixer quel pourcentage de la population hollandaise est atteinte de cette affection.

J'ai cependant l'impression qu'il s'en présente *bien des cas* et j'estime le nombre des cas qui naissent à au moins 1 : 1.000.

Mon opinion est que *le mongolisme est une affection très fréquente.*

ETIOLOGIE

Relativement aux facteurs étiologiques j'ai institué un examen. Il en ressortit que quant à l'origine du mongolisme on ne peut pas attribuer un rôle plus important à l'épuisement, la frayeur subite, l'émotion, les maladies durant la gestation, la tare héréditaire, la tuberculose dans l'ascendance que pour les autres formes de débilité mentale.

La syphilis ne doit pas être regardée comme cause et la consanguinité des parents se présente fort peu.

L'hérédité ne peut pas être démontrée. Parmi les 347 familles il n'y en avait que 6 où se présentaient plusieurs

cas de mongolisme, tandis qu'il n'y avait que deux cas constatés par moi où deux petits garçons étaient cousins germains.

Vu que j'ai cherché partout dans notre petit pays, ce nombre de 2 est extraordinairement petit.

J'ai trouvé la confirmation de ce que d'autres écrivains ont déjà mentionné :

1° Que 55 0/0 des mongoloïdes sont derniers-nés.

2° Que souvent les mères des mongoloïdes ont atteint un âge avancé à la naissance (56 0/0 plus de 40 ans).

J'ai trouvé que le nombre de fausses couches dans les familles affectées de mongolisme est tout aussi grand que dans les familles qui comptent des idiots *non*-mongoloïdes.

Chez les idiots *non*-mongoloïdes, la *tuberculose* et la *syphilis* jouent un très grand rôle par rapport à l'avortement.

A l'endroit de l'idiotie mongoloïde on ne peut attacher de l'importance, ni à la tuberculose, ni à la syphilis.

Il faut donc admettre un autre facteur encore inconnu entravant la progéniture dans les familles atteintes de mongolisme.

Symptomatoiogie

Je désire diviser les symptômes en deux groupes :

A. En symptômes qu'on peut déjà contater à la naissance.

B. En symptômes que l'on ne peut pas encore constater à la naissance mais qui apparaissent durant la croissance et le développement postérieur.

A. Symptômes que l'on peut déjà constater à la naissance

a) microbrachycéphalie, orbites peu profondes, protusion du bulbe, occiput aplati, mâchoire supérieure courte et étroite, base crânienne petite et courte.

b) absence ou hypoplasie des os nasaux, fosses nasales très étroites, cavum nasopharyngel très étroit.

c) fentes des yeux obliques et déviant de la forme ordinaire.

d) micromélie, mains et pieds courts et larges.

e) kyphose arcuaire de la colonne vertébrale (surtout à la hauteur de la 12[e] vertèbre thoracale), le sacrum est incliné en avant, les flancs du thorax sont comprimés.

f) petitesse générale des organes génitaux extérieurs, de même que toutes sortes de troubles de développement.

g) chez un grand pourcentage on trouve un *vitium cordis*, tandis qu'

h) on trouve également des difformités en d'autres endroits (oreilles, spina bifida).

B. Symptômes qu'on ne peut pas encore constater à la naissance

Parmi les symptômes qui ne s'accusent que plus tard, il faut compter :

1. Troubles trophiques de la peau, des cheveux et des ougles.
2. Troubles trophiques aux dents (caries, défaut d'émail).
3. Troubles trophiques aux membranes muqueuses du nez, des yeux, des lèvres et spécialement de la langue. Celle-ci devient fort grande, rouge et fissurée. Cette grande langue fissurée se fait pathognomique à un âge plus avancé. Lenteur de la croissance. Les idiots sont en général trop petits, mais les affectés de mongolisme n'atteignent pas même la limite de croissance des autres idiots.
5. *Katarakta lentis.* La forme de la cataracte offre le plus de ressemblance avec celle que l'on a constatée dans les cas de dystrophie myotonique. Cette cataracte est lentement progressive.
6. Troubles dans la circulation, dans le métabolisme, hypotonie des muscles, troubles de la marche.
7. Troubles mentaux très curieux.

Anatomie pathologique

Dans tous les cas qui ont été soumis à l'autopsie il y avait hypoplasie à la *basis cerebri*. A l'œil nu, on peut déjà le voir très distinctement au pons et à la région interpédunculaire.

Les *gyri recti* sont également très étroits et petits.

Vu que nous admettons en cette partie, qui est hypoplastique chez les mongoloïdes, la centrale du système nerveux autonome-végétatif, il n'est pas besoin de rendre responsable telle ou telle glande à sécrétion interne responsable du très grand groupe des troubles du métabolisme susmentionnés, mais on peut en accuser sans plus cette hypoplasie. Je me demande même si les troubles mentaux très intéressants (ce

sont des enfants extrêmement gentils et qui paraissent beaucoup plus qu'ils ne sont), l'hypotonie des muscles, la voix basse et enrouée ne doivent pas être imputés à un trouble dans cette région du cérébrum et du système des faisceaux y adhérant.

Pathogénèse

Dans la majorité des cas, il peut être établi qu'il s'agit en effet d'un ralentissement de la croissance de la région médiane du crâne facial (les yeux sont trop rapprochés, les *lamina cribrosa* sont trop petits, le *basis cerebri* est trop étroit, ainsi que la mâchoire supérieure), *voire même, dans un grand nombre de cas, les os nasaux font défaut, dans d'autres cas, ceux-ci sont hypoplasiques.* En rapport avec l'exiguïté du rhinencéphalon et de la présence de toutes sortes d'autres défectuosités et de difformités (*vitium cordis* congénitale), je crois devoir classer l'idiotie mongoloïde parmi la série des difformités, où les défectuosités médianes du crâne régissent le syndrome clinique (palais fendu, bec-de-lièvre, arhinencéphalie, cébocéphalie, cyclopie).

Je m'explique l'origine de ce trouble congénital en admettant que dans une certaine phase du développement du fruit, et cela dans les 6e et 7e semaines, l'amnios trop étroit arrête pour quelque temps la tension normale du fruit, de sorte que la tête est pressée contre la poitrine et que le fruit en entier reste pendant quelque temps trop fortement courbé. Nous avons ici deux groupes de troubles différents :

1. Ceux qui sont causés par la pression directe de l'amnios ; pression contre certaines parties du fœtus.
2. Ceux qui sont causés par la pression amniotique hydrostatique renforcée.

Pour le premier groupe (pression directe), nous devons admettre la théorie de *Murk Jansen,* qu'une anémie respectivement manque total de sang de certaines parties du fruit produirait l'affaiblissement de la croissance et le nanisme, tandis qu'une anémie plus prolongée entraînerait la mort de ces parties, alors que les autres parties du fruit continueraient à croître sans troubles ultérieurs.

En acceptant cette hypothèse, les symptômes de nanisme dans la partie médiane du crâne facial, le manque des os nasaux, etc., s'expliquent facilement, de même que l'hypoplasie de la partie médiane du *basis cerebri.*

L'exiguïté générale du cerveau et du crâne est causée par l'anémie qui se produit environ la 7e semaine, quand le cerveau, par la croissance rapide ayant normalement lieu alors, exige plus d'espace dans le sac, et est empêché de se développer par l'étroitesse de l'amnios. Le vice du cœur, avec des défectuosités au septum, peut s'expliquer également en admettant qu'à cause de l'amnios trop étroit, à la suite de l'enroulement plus intense du fruit, la tête est pressée contre le cœur, qui est en voie de développement (*Mac Gillavry,* qui a soutenu une thèse sur l'étiologie et la pathogenèse des maladies cardiaques congénitales (Leiden 1891), croit également devoir admettre une cause mécanique).

Pour le groupe second, la pression hydrostatique, trop forte dans le sac amniotique, exercera une influence pernicieuse sur toutes les parties du fruit, mais ce seront *surtout* les parties dont les cellules ont la plus forte croissance qui pâtiront le plus (théorie de Murk Jansén). La vulnérabilité des cellules est, en général, proportionnée à la rapidité de leur croissance. C'est ainsi que nous obtenons la fixation des proportions fœtales, et cela de celles qui existent lorsque l'influence nocive s'exerce sur le fruit.

Parmi eux se trouvent les symptômes du nanisme symétrique, les symptômes achondroplasiques chez les individus atteints de mongolisme.

Discussion

M. Aug. Ley (de Bruxelles) tient à féliciter l'auteur de cette importante contribution à l'étude de l'idiotie du type « Mongol ». Les caractères anatomiques et anthropologiques si particuliers de ces enfants, qui les font tous se ressembler et paraître frères et sœurs, sont bien curieux à observer. On peut faire remarquer aussi que la brachycéphalie, avec l'obliquité des yeux, sont constantes dans la *race* mongole, sans vouloir d'ailleurs en tirer de conclusions au point de vue de l'origine anthropologique du type morbide étudié par M. van der Scheer. — Mais ce qui frappe aussi chez les petits imbéciles du type « Mongol », c'est leur ressemblance *psychologique* au point de vue de l'affectivité et du caractère. Tous manifestent, avec une constance extraordinaire, cette jovialité, cette euphorie permanente, cette douceur dont tous les auteurs ont parlé. Un autre trait commun est leur amour du

rythme et de la musique. Je l'ai retrouvé chez tous ceux que j'ai rencontrés. — Je voudrais demander à M. van der Scheer si, dans les indications générales qu'il a pu tirer de l'anatomie cérébrale, il n'a pas pu faire un rapprochement entre cette affectivité si spécifique et le développement respectif des diverses parties de l'encéphale.

M. Auguste Marie (de Paris). — A propos de la si intéressante note, si documentée, de M. van der Scheer sur le Mongolisme, je veux appeler l'attention sur la non-constance, la rareté même, du Wassermann en ces cas, attribués par certains à l'hérédo-syphilis. Rives et Stewart n'ont relevé que 1/55 Wassermann positifs, T. Brushfield et Cantal aussi.

J'ai cependant observé 2 cas dans une même famille, nés d'un tabétique dont les enfants nés avant la syphilis étaient parfaits.

J'apporte les photos des 2 malades (il est vrai que le père joignait la toxicomanie à la spécificité).

Les auteurs anglais précités, sur plusieurs centaines de cas, ont relevé l'hérédité névropathique (10 0/0), l'intempérance (4 0/0), la tuberculose (20 0/0), les chocs moraux (air-raid-babies).

Leurs cas, comme les nôtres et ceux de Van der Scheer, présentent les caractères typiques: tête ronde à fontanelles antérieures persistantes souvent, pommettes saillantes, paupières fissurées, épicanthus et nystagmus, vision défectueuse (cataracte et strabisme fréquents), macroglossie scrotale, mastoptose, dents érodées, ogive palatine, voix gutturale, coprolalie, oreilles désourlées, nez aplati, adénoïdisme, ulotrichie, tache bleue sacrée parfois, laxité articulaire, pieds et mains en palette, ridées, souvent cyanosées, nanisme, aptitudes musicales et circonvolutions réduites.

Jansen rattache le mongolisme à l'hyperflexion fœtale de la 7e semaine, celle de la 4e ou 5e entraînant nanisme achondroplasique, à la 3e semaine correspond l'anencéphalie.

L'anomalie par rétrécissement du sac amniotique serait cause des 3 degrés d'arrêt, selon la semaine où elle survient.

Que devient en ce cas l'étiologie dysendocrinienne par absence surrénale invoquée comme cause constante d'anencéphalie ? Serait-ce que la coïncidence d'anencéphalie avec asurrénalie met les deux lésions au compte d'une seule et même cause commune (rétrécissement amniotique) ?

Psychogénèse des idées « d'accusation étrangère »

Par le Dr Hesnard (de Toulon)

On doit distinguer soigneusement, en séméiologie, les idées d' « accusation étrangère » (c'est-à-dire d'accusation par autrui), des vulgaires idées de persécution. Tout en recherchant en dehors de lui-même l'origine de son malaise affectif, le malade réagit à cette persécution morale particulière par des idées d' « auto-justification » et par une défense d'ordre mélancolique.

L'analyse affective — inspirée de la Psychanalyse et appliquée dans un large esprit à la Clinique — nous a permis dans un cas caractéristique (avec résultat thérapeutique remarquable) de déceler ce mécanisme : sentiment d'infériorité intense et attribué à autrui sous la forme d'une acusation d'immoralité par la police et le public ; sentiment ayant lui-même sa source dans un repliement sur soi-même datant de l'enfance (refoulement d'une tendresse pour la mère par dépit de son indifférence et par rancune associée contre l'autorité paternelle), puis s'étant formidablement intensifié à la puberté, consécutivement à une poussée d'angoisse ayant succédé à la suppression brusque des pratiques solitaires, en s'accompagnant de phobies hypochondriaques, surtout relatives aux organes génitaux.

C'était sa propre condamnation morale que cet individu, intelligent, mais accroché, dans sa solution instinctive, à la période d'égotisme infantile, prêtait à ses persécuteurs.

Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, la psychose apparaît comme la justification, sous forme de *l'attribution à autrui,* d'un reniement par l'individu d'une portion de sa vie affective.

Les Psychoses de désadaptation sociale et les Psychoses de dépaysement

Par les Drs Maurice MIGNARD et J. DURAND-SALADIN

Les psychoses d'origine mentale, ou, selon l'expression moderne, les psychoses « psychogènes » dont nous dirons un simple mot aujourd'hui, reconnaissent des causes « morales » d'un ordre différent de celles des *psychoses d'origine émotionnelle,* presque unanimement admises depuis la terrible expérience de la guerre, après avoir été si longtemps contestées. Elles ne s'apparentent pas non plus directement aux *psychoses d'origine passionnelle,* dont les troubles par incomplet refoulement de complexes idéo-affectifs ne sont que cas particuliers.

Celles dont seulement il sera question ici se montrent sous la dépendance de la désadaptation de sujets qui se trouvent privés de leur milieu social habituel. Tout en laissant de côté certaines exagérations, et certaines exclusions aussi, de l'école sociologique de Durkheim, l'on doit admettre que cette école eut le mérite de montrer l'importance très considérable des influences sociales dans la psychologie humaine. « L'homme de la nature », tel qu'on le concevait au XVIIIe siècle, non seulement n'existe pas, mais n'a sans doute jamais existé. Il devient dès lors extrêmement probable que le conditionnement social de l'activité mentale ne saurait varier hors de certaines limites, différentes du reste selon les individus, sans que l'équilibre psychophysiologique en subisse une sérieuse atteinte.

Or, l'expérience nous montre que, de fait, il en est ainsi.

Parmi les malades actuellement traités dans notre service se rencontre un assez grand nombre d'étrangers, dont beaucoup sont venus chercher à Paris de meilleures conditions d'existence, qu'ils n'ont pas toujours trouvées. Chez certains, les troubles mentaux sont nettement sous la dépendance de la pénible désadaptation causée par un changement trop brusque, ou trop complet, ou bien insuffisamment préparé, des conditions sociales de l'existence. Un cas typique nous en fut récemment fourni par Louis B..., originaire de la Martinique. Il vivait en famille et travaillait dans son île natale,

lorsque le marasme des affaires, dû lui-même à la mévente du rhum, résultat de l'instauration des prohibitions d'alcool aux Etats-Unis, le réduisit à venir en France chercher à Paris son gagne-pain. Il ne sut le trouver, égara, dans des conditions mal définies, le portefeuille qui contenait les papiers et la petite provision d'argent indispensable, et tomba naturellement dans un état confusionnel et anxieux, au cours duquel il fut conduit à l'Infirmerie Spéciale, puis à l'Asile Clinique, enfin, le 4 novembre 1924, à l'Asile de Vaucluse, où nous avons pu l'observer. Vite rassuré par les soins physiques et surtout moraux qu'il y reçut, Louis B... s'améliora progressivement et se trouva, le 5 avril 1925, en état d'être remis à son frère, pour être conduit vers son pays d'origine, où sa famille doit s'employer à lui procurer de meilleures conditions d'existence.

Mais l'évolution n'est pas toujours ausi bonne, et, si le changement de milieu s'est produit trop brutalement, ou se prolonge trop fâcheusement, ou bien si le sujet s'y trouvait particulièrement mal préparé, nous voyons se développer des réactions psychopathiques secondaires, indiquant souvent une tendance à la chronicité. Tel était le cas d'un Russe, St..., que la guerre étrangère et la guerre civile avaient cruellement séparé de sa famille, de sa patrie, de ses occupations habituelles. Il réagit par un délire de compensation, au cours duquel il correspondait avec les souverains du Monde entier, en qualité de chevalier d'une occulte société des nations. Ces réactions prenaient, au moment de son transfert, un caractère nettement schizophrène.

Enfin, nous avons tout lieu de penser que, dans une dernière période, (l'évolution, du reste, pouvant être brusquée), s'installe une sorte de démence vésanique, différant dans son aspect de la démence précoce par la prédominance de l'aprosexie sur la discordance affective.

Ces *psychoses de dépaysement* sont à rapprocher des *psychoses des prisonniers* décrites par Kraepelin, et de ces troubles si curieux que Pierre Janet a mis en lumière, chez les personnes d'un certain âge auxquelles la retraite de leurs fonctions, ou le mariage de leurs enfants, impose un changement radical dans leurs habitudes actives ou bien affectives. Ces diverses psychoses, et d'autres analogues, constitueraient le groupe des *Psychoses de Désadaptation Sociale,* qui, croyons-nous, méritent de tenir une place parmi les affections mentales reconnues.

Les manifestations sexuelles dans les états dépressifs

Par M. le D[r] Ch. Perrens (de Bordeaux)

Il m'a semblé que les manifestations sexuelles avaient une importance considérable dans les états dépressifs, soit que les malades en reconnaissent la nature, soit que, l'ignorant, ils emploient des détours pour en révéler l'existence. Les conditions de leur apparition peuvent varier, et varier aussi la forme du syndrome qu'elles contribuent à former. Pour plus de commodité, nous considérerons deux grands groupes : le premier, où dominent les phénomènes d'asthénie physique et intellectuelle, la mélancolie n'intervenant que d'une manière épisodique et légère, le second, où le phénomène affectif l'emporte, sous forme de mélancolie anxieuse ou délirante.

Dans ces deux groupes entrent des malades dont rien ne révélerait l'éréthisme sexuel, si l'on se contentait de recueillir leurs aveux spontanés. Ici, c'est une jeune fille de 19 ans, Jeanne D..., incapable d'un effort, à peu près inerte. Elle a toutes les allures d'une confuse. Ne s'intéressant à rien, évoquant ses souvenirs avec la plus grande difficulté, se trompant sur les événements les plus importants de son existence, elle tombe parfois dans des crises d'allure hystérique, exceptionnellement dans des crises comitiales. Elle ne délire pas, sinon pour affirmer de temps à autre qu'on la pique avec des épingles. Les surveillantes assurent que Jeanne D... se masturbe jour et nuit. On l'insensibilise et l'on entretient son anesthésie génitale avec des injections épidurales de cocaïne, renouvelées tous les quatre jours, d'abord, tous les huit jours ensuite, pendant 1 mois 1/2. Les progrès sont surprenants : l'intelligence devient lucide, l'intérêt au réel apparaît avec une vivacité qu'on ne lui avait jamais vue. Habituée à l'onanisme depuis l'âge de 4 ans, cette jeune fille était depuis 2 ans en proie à une véritable fureur génésique, qui la portait 30 ou 40 fois par jour à la répétition du même acte, où

elle trouvait chaque fois, d'ailleurs, le même plaisir. Elle a quitté la maison de santé il y a 2 ans. J'ai l'occasion de la voir. Sa vie est maintenant d'une personne équilibrée, tout entière à son travail et dévouée à une œuvre sociale.

Deux femmes de 40 et 41 ans, héréditairement tarées, présentent des symptômes physiques et mentaux à peu près identiques : céphalée, asthénie si profonde qu'il leur arrive de ne pouvoir ni marcher ni se tenir debout, troubles digestifs, pouls imperceptible. Elles ont cet air d'abrutissement que l'on voit à certains malades atteints de tumeur cérébrale. Leur obtusion est cependant intermittente, bien que, dans les meilleures périodes, il y ait encore une lenteur anormale de leur idéation. Or ces malades, littéralement épuisées, vécurent pendant des mois dans un état continu d'éréthisme sexuel. L'une s'offrait au premier venu, s'adressait au besoin à ses bonnes ou à ses sœurs. L'autre demandait à l'onanisme un apaisement temporaire. Le désir reparaissait bientôt et suggérait une dizaine de fois par jour le même mode de satisfaction. Toutes les deux étaient tenues éveillées une bonne partie de leurs nuits par la même irritation sexuelle. Quand enfin elles s'endormaient, des rêves érotiques d'une singulière précision occupaient leur sommeil, rêves de contact, rêves d'hommes, souvent aussi de femmes, dans des attitudes suspectes, rêves d'amour complet, rêves formés quelquefois de représentations symboliques, mais si grossières qu'il n'était pas permis de douter de leur signification. Tel ce rêve d'un homme à moitié nu, tenant dans sa main tendue des organes génitaux de singe. La première rectifiait au réveil, la seconde en était fréquemment incapable et, dans la demi-somnolence de ses après-midi, confondait le réel et sa rêverie en des illusions encore et toujours érotiques. Un jour, se promenant avec son mari, elle s'étonna qu'une aliénée qui passait devant elle portât sur l'épaule un énorme phallus. Ce n'était, en vérité, qu'une cruche.

Nous n'avons pas le temps d'insister sur les idées d'indignité qui lui vinrent plus tard à l'évocation de ses misères, sur ses efforts de réhabilitation et leur succès, sur la transformation qui s'accomplit en elle, quand elle découvrit que les pensionnaires et les infirmières portaient à son sujet le jugement qu'elle formulait elle-même quelques semaines auparavant. D'abord confuse, puis confuse et mélancolique, elle devint persécutée. Il nous suffit de savoir que la notion

parfaitement consciente de ses troubles sexuels s'associa pendant quelques semaines à des idées mélancoliques. Nous allons retrouver des faits de même ordre.

Comment croire que cette vieille mélancolique qui, dans ses crises d'anxiété, pousse des cris douloureux, se tord les bras, tente de se meurtrir et réclame la mort, est possédée d'un désir sexuel dont la violence, le caractère irrésistible lui sont en même temps une révélation et le pire des tourments ? Telle malade n'avoue aucune raison de son anxiété ; telle autre clame son indignité.... J'ai souvent douté de la sincérité des mélancoliques. Sauf exception, ils ne se reprochent que des futilités. Comment supposer qu'ils n'aient à dévoiler que des fautes aussi yénielles, des crimes aussi puérils ? On a le sentiment que leurs aveux leur servent à solliciter une absolution générale, qui ne les rassure pas cependant, parce qu'ils n'osent l'appliquer à la faute cachée. Le motif avoué n'est souvent que faux semblant. Cherchons. Nous avons bien des chances d'en découvrir un autre plus important, dont ces scrupuleux s'exagèrent, d'ailleurs, l'immoralité.

Voici une vieille dame de 66 ans, dont la maladie remonterait à trois ans. A cette époque, elle insista auprès de son mari pour qu'il prît sa retraite et achetât une maison dans une ville qu'elle aimait. Le mari résiste et cède. Toutes les économies du ménage sont employées à l'achat de la maison. On s'installe. Et l'on s'aperçoit à l'effondrement d'un plafond que toutes les poutres sont rongées par les termites. La maison ne vaut rien. Aucun recours n'est possible contre le vendeur. Le beau rêve s'écroule. Mme D... devient asthénique, puis extrêmement anxieuse. Elle se désole, ne peut parler d'autre chose que de la faute qu'elle a commise et de sa ruine. Ses parents rapportent son anxiété à ses ennuis réels. Il n'en est rien. Dans la période qui suivit ses déboires, sans qu'elle eût encore d'anxiété, elle qui avait été d'une nature réservée et froide sentit se développer des impressions sexuelles et des désirs qu'elle ne connaissait pas, qui entretenaient son insomnie, orientaient ses pensées dans un sens unique et la révoltaient au point de lui faire souhaiter la mort. On put calmer son irritation sexuelle. Son anxiété disparut. Elle resta quelque temps encore déprimée et sortit guérie de la maison de santé 4 mois après.

Une malade âgée de 48 ans, veuve depuis 8 ans, très peinée de savoir sa fille tuberculeuse, devient anxieuse et instable.

Elle se croit atteinte de syphilis et attend la mort. Quelques mois après, elle élabore un délire érotique soutenu par un éréthisme sexuel constant.

Nous apprenons alors que l'idée fixe de la syphilis lui avait servi à symboliser des manifestations sexuelles anormales dont elle ne pouvait expliquer autrement l'étrange nouveauté. Chez une autre mélancolique, une veuve de 38 ans, j'ai retrouvé ce même symbole. Il exprimait, il est vrai, le remords d'avoir cédé aux sollicitations d'un amoureux.

Une veuve de 59 ans, très anxieuse, passe son temps à gémir. Elle avoue son idée fixe après des sollicitations pressantes. Quarante ans auparavant, son mari, une fois, s'était livré avec elle à une fantaisie coupable. Les douleurs rectales qu'elle éprouve maintenant sont à son avis le signe d'une maladie grave, châtiment de la faute très ancienne. Elle a en réalité une fluxion hémorroïdaire. Peut-être cette affection entretient-elle son éréthisme sexuel, qui est particulièrement tenace, et grâce auquel s'impose à son esprit le souvenir qu'elle voudrait chasser.

Dans les cas précédents, la nature des sensations et des sentiments d'origine sexuelle est parfaitement reconnue. Dans d'autres, les malades agissent et pensent comme si elles l'ignoraient. Pourtant, leurs vraies dispositions ne manquent pas de se faire jour à un moment donné. Une femme de 45 ans, abandonnée par son mari depuis de longues années, se sent environnée de tentations. Elle croit les vaincre. Quand elle pense ne courir aucun risque, l'idée lui vient que sa sœur nourrit des pensées amoureuses et qu'elle va y succomber. Cette idée déclanche des accès anxieux qui deviennent aigus dès que notre malade part en voyage. Une fille de 35 ans, sombre, pessimiste, accuse sa sœur de se livrer à la débauche. Elle persévèrera dans sa croyance, quand elle aura révélé son propre érotisme par la crainte qu'on « ne lui ravisse sa virginité ». C'est son expression. Une femme mariée âgée de 30 ans, au beau milieu d'une période d'asthénie profonde et de mélancolie, ressent une excitation sexuelle prodigieuse. Elle se calme, mais démontre par un délire où les idées de persécution paraissent tenir la première place que son érotisme est toujours vivace.

Nous laisserons de côté les cas où, leur activité sexuelle ne paraissant pas exagérée, du point de vue physique, les mélancoliques se plaisent à revivre des scènes de leur passé amou-

reux, quittes à découvrir là de nouveaux sujets de scrupules et de remords. Nous avons voulu insister sur les autres manifestations, tant il semble paradoxal que d'un organisme épuisé naisse un désir érotique aussi vigoureux. Qu'il entretienne la fatigue physique, que, par les pensées et les rêves qu'il suscite, il contribue pour une large part à ce repliement sur eux-mêmes où vivent nos malades, cela n'est pas douteux. J'ai étudié depuis deux ans un assez grand nombre de mélancoliques. Est-ce parce que je n'ai examiné que des femmes, est-ce parce que le hasard a réuni dans mon service une série de malades échappant aux conventions classiques ? J'ai l'impression que, dans les états dépressifs, l'excitation sexuelle est très fréquente. Rarement avouée, elle se dissimule d'ordinaire sous des formules vagues par quoi les malades traduisent les idées d'indignité qu'elle leur inspire, tout en ayant l'air de les rapporter à un autre objet. Il faut la rechercher. En la découvrant, on se place dans des conditions meilleures pour exercer la psychothérapie qui rassure. Mais il y a un autre avantage. Dans certains cas — probablement dans ceux où l'excitation sexuelle est due à une irritation locale des organes génitaux — les injections épidurales de cocaïne apportent un soulagement immédiat (1). En supprimant le désir, elles suppriment du même coup tous les rêves érotiques, toutes les imaginations que ce désir faisait naître. A la faveur du calme physique qui leur est accordé, les malades cessent d'être anxieuses, prennent de nouvelles habitudes de pensée et s'acheminent plus facilement vers la guérison.

---

(1) Voir observation rapportée par M. le Professeur Claude au congrès de Luxembourg.

Le symptôme de « devination de la pensée »

Par MM. G. Heuyer et Lamache

Nous avons eu l'occasion d'observer chez six malades un symptôme qui, à notre connaissance, n'a pas été encore signalé, et que nous décrivons sous le nom de « devination de la pensée ». Il consiste dans l'affirmation délirante de la faculté de connaître la pensée d'autrui. Nous rapporterons succinctement les obesrvations de ces malades, que nous avons examinés et certifiés à l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police.

Obs. I. — J... Hélène, 29 ans. Idées délirantes de persécution. Interprétations morbides : des ouvriers la surveillent et la suivent à bicyclette. Thème érotomaniaque. Un directeur d'usine l'aime et aidé d'une femme « vendue au bourreau » dirige contre elle la conspiration et veut faire disparaître son ancien amant. Mentisme hypnagogique. Rêves symboliques. Ebauches d'automatisme mental. Prise et transmission de la pensée. Enonciation des actes. *Faculté de deviner la pensée d'autrui.* Elle connaît par intuition le plan de ses persécuteurs et peut ainsi les déjouer. Pour que le plan échoue, il lui suffit de passer devant ses ennemis. A été renversée récemment en tentant de passer devant une automobile où ses persécuteurs avaient pris place. Envoi à l'Infirmerie. Fond de débilité mentale. Instruction rudimentaire. Fatigue. Inanition (pain et café). Acrocyanose. Tache blanche.

Obs. II. — G... Julie, 42 ans. Automatisme mental avec idées de possession, d'influence et de persécution. Quelques interprétations morbides. Des personnages disparaissent, absorbés « par les anthropophages ». Ceux-ci sont des individus dont l'esprit est allé habiter dans le corps des bêtes et est devenu carnassier. Métempsychose. Devenus anthropophages, ils sont capables de dévorer d'autres hommes et de les restituer ensuite. Elle-même a senti qu'elle était dévorée et que son esprit était au pouvoir des anthropophages. Prise et écho de la pensée. Enonciation des actes. Hallucinations auditives. Monosyllabes et bruits. Hallucinations

psychomotrices surtout d'ordre génital. Troubles cénesthésiques, souffrance, malaises. Illusions visuelles. *Faculté de divination de la pensée d'autrui.* Elle-même est capable de deviner la pensée des autres. Elle a « l'intuition des âmes par la grâce de Dieu ». Sentiment de protection, de providence divines. Idées mystiques. Désordre des actes. Errance. Vagabondage.

Obs. III. — D... Blanche, 40 ans. Automatisme mental. Prise, écho, devancement, embrouillage de la pensée. Enonciation des actes. Dévidage des souvenirs. « Ribambelles de mots. » Hallucinations auditives. Conversations avec plusieurs personnages. Hallucinations olfactives. Hallucinations psychomotrices. Hétéro-impulsions multiples. *Devination de la pensée d'autrui.* Elle-même peut deviner la pensée d'une femme, sa persécutrice principale. Idées délirantes de persécution et d'influence. Bande à quatre personnages. Magnétisme. Elle est en leur pouvoir. Quelques idées de jalousie. Alcoolisme chronique. Onirisme. Zoopsies. Visions cinématographiques rapides et colorées. Crises épileptiques vérifiées à l'asile. Réactions anxieuses. Fugue. Plainte au commissaire de police. Un internement antérieur.

Obs. IV. — D... Eugénie, 21 ans. Débilité mentale. Epilepsie. Crises convulsives qui ont débuté il y a 7 ans. Automatisme mental hallucinatoire. Hallucinations auditives et psychiques. Prise de la pensée. Illusions visuelles. *Devination de la pensée d'autrui.* Non seulement peut connaître la pensée, mais a le pouvoir de guérir. Idées mégalomaniaques. Mythomanie. Suggestibilité. Avoue aimer raconter des histoires. Impulsions suicides post-paroxystiques. Tentative de submersion après une crise convulsive. Pas de signes neurologiques. R. O. C. inversé (76-100). Deux internements antérieurs dans des conditions analogues (1922-1924).

Obs. V. — V... Joao, Portugais, 50 ans. Idées délirantes de persécution à mécanisme prédominant d'interprétations. Est la victime de la franc-maçonnerie. On l'espionne, on le suit, on le diffame, on lui fait des grimaces. Il y a des questions d'argent à la base de ses persécutions. Automatisme mental. Hallucinations auditives épisodiques : sifflets, injures. Probabilité de prise de la pensée. Croit à la transmission de la pensée. Lui-même a une « intuition extraordinaire » : *Devination de la pensée d'autrui.* Excitation psychique. Loquacité véhémente. Protestations. Ton hautain. Orgueil. Réclamations violentes et générales contre les politiciens, les médecins, les magistrats. Désordre des actes à répétition à Lisbonne, en Allemagne, à Paris. Port habituel d'un revolver. Menaces de s'en servir.

Obs. VI. — St... Catherine, 60 ans. Excitation psychique. Loquacité. Causticité. Ironie. Idées délirantes de persécution. Interprétations morbides. Sa propriétaire garde l'argent du secours qu'elle devait recevoir de la mairie. Dispositions paranoïaques antérieures. Méfiance. Orgueil. Elle est fière de son intelligence. *Faculté de devination de la pensée d'autrui.* Cela lui vient tout d'un coup, « comme une inspiration ». Quand elle travaille ou qu'elle ne pense à rien, tout d'un coup elle apprend des choses auxquelles elle ne pensait pas. Ainsi elle a su qu'un médecin se disposait à faire du mal au commissaire de police ; elle a deviné ses intentions et sa présence « dans son imagination ». Soliloquie habituelle. Réticences extrêmes au cours de l'interrogatoire. Nie d'abord tout trouble psycho-sensoriel. Mais a pris une de ses voisines comme confidente d'hallucinations auditives qu'elle présente de temps en temps. Elle entend des voix qui viennent par un tuyau qui faisait communiquer avec un quartier voisin. D'après une de ses sœurs, serait hallucinée depuis longtemps. Amenée à l'Infirmerie pour menaces contre sa propriétaire. Etat cardio-rénal. T. A : 28-18. Azotémie : 0,76.

Commentaires. — Comme on peut le voir d'après les observations résumées de nos 6 malades, le symptôme de devination de la pensée est accompagné d'autres symptômes de l'automatisme mental : prise et répétition de la pensée, énonciation des actes, hallucinations auditives et psychiques, etc.

On peut se demander si ce symptôme n'est pas un fait d'interprétation morbide, ou le résultat d'une hallucination ou une création imaginative du sujet. Nous ne le croyons pas. Il n'offre ni la tendance explicative, réfléchie, systématique de l'interprétation. Il n'est point non plus le produit d'une hallucination auditive avec extériorisation spatiale, ou d'une hallucination psychique avec hyperendophasie. Enfin, il ne nous semble pas que cette devination de la pensée soit un jeu imaginatif, une fabulation du malade ; elle n'a point la richesse, l'agrément, la variété, la multiplicité des produits habituels de l'imagination morbide. La certitude délirante du sujet se produit d'une façon brusque, automatique, irréductible et incoercible. Une de nos malades nous disait que « cela lui venait tout d'un coup, comme une inspiration ».

Dans tous nos cas, il ne s'agit ni d'une interprétation ni d'une hallucination, ni d'une fabulation.

Ce n'est pas non plus un fait de médiumnité, le malade

n'est pas l'intermédiaire d'une volonté étrangère et supérieure qui lui transmet sa pensée. C'est lui-même qui peut deviner la pensée d'une autre personne par *intuition.* Trois sur six de nos malades nous l'ont exprimé spontanément : « Intuition des âmes par la grâce de Dieu », disait l'une d'elles. L'intuition est un des éléments de l'automatisme mental (de Clérambault).

Enfin, la devination de la pensée n'a rien de commun avec le transitivisme de Wernicke, dans lequel le malade a le sentiment que le monde extérieur est changé et que l'entourage est aliéné.

Ainsi, au point de vue séméiologique, le symptôme de devination de la pensée doit compter parmi les faits idéo-verbaux de l'automatisme mental : prise, répétition, devancement, substitution de la pensée, énonciation des actes, symptômes qui, en totalité ou partiellement, sont, d'ordinaire, concomittants. Il y a transposition apparente du phénomène : le malade, de même qu'on lui prend sa pensée, peut capter par une intuition brusque la pensée d'autrui. Il y a identité du mécanisme. Dans l'un et l'autre cas, il s'agit de la même *pensée extériorisée et non reconnue* du sujet.

Le *contenu* de cette pensée devinée est en général en rapport avec les préoccupations habituelles du malade. Mais point toujours. Le contenu peut être indifférent ; il peut être agréable ou désagréable.

La *réaction affective* du malade qui constate sa faculté de deviner la pensée d'autrui est habituellement euphorique. Il est satisfait et fier de ses capacités intellectuelles. De plus, comme il est persécuté, au moins dans nos observations, il possède ainsi un moyen d'être renseigné sur les intentions de ses persécuteurs et peut leur opposer des moyens de défense (obs. 1).

Dans le diagnostic des psychoses, le symptôme de devinanation de la pensée nous paraît présenter un certain intérêt. Dans notre observation (6), la malade était très réticente, niait toute hallucination ; d'après son comportement, on pouvait croire qu'il s'agissait d'un état maniaque avec fabulation. Or, le symptôme de devination de la pensée, qui dominait le tableau clinique, nous a permis d'affirmer l'existence de l'automatisme mental, confirmé par la révélation ultérieure et certaine des hallucinations auditives.

Au point de vue médico-légal, la devination de la pensée

dans l'observation (1) a déclanché le désordre des actes de la malade et l'accident d'automobile qui a déterminé son envoi à l'Infirmerie Spéciale. Le symptôme que nous décrivons présente donc de l'importance, puisqu'il est capable de diriger les actes et la conduite des malades.

Enfin, nous attirons l'attention sur le fait que trois de nos sujets étaient atteints d'affections organiques. St... (obs. 6) était une urémique hypertendue et azotémique ; D... (obs. 4) et D... (obs. 3) étaient des épileptiques. Ces observations peuvent venir à l'appui de l'*origine organique* de l'automatisme mental (de Clérambault), auquel nous rattachons le symptôme de devination de la pensée.

Symptômes et attitudes schizophréniques

Par E. Minkowski (de Paris)

A défaut de connaissances étiologiques, la nosographie psychiatrique a toujours fait appel à d'autres critères. C'est ainsi que Kraepelin, pour établir sa vaste notion de démence précoce, se sert de trois facteurs : de la spécificité des états terminaux, du caractère interchangeable des symptômes et du postulat de l'hérédité similaire (1). Des tableaux cliniques paraissant disparates à prime abord, se trouvent réunis ainsi dans le même cadre nosographique.

Bleuler continue l'œuvre de Kraepelin. Il précise les modifications essentielles que subissent l'idéation, les manifestations affectives et les volitions de tous ces malades. Il met ainsi en évidence les *symptômes* essentiels de ce vaste groupe de troubles mentaux. La démence précoce devient sous son impulsion la schizophrénie.

En même temps, l'effort nosographique dont nous parlons s'entrecroise en sa personne avec le courant puissant qui, en partant de Charcot, aboutit, dans une de ses ramifications, aux conceptions de Freud. La psychopathologie de la schizophrénie s'enrichit maintenant de notions telles que le complexe et le contenu de la psychose.

Mais revenons aux symptômes cardinaux. Leur énumération paraissait susceptible d'une systématisation encore plus grande. C'est ainsi qu'en présentant aux aliénistes français la conception de mon maître, je fis de la notion de perte de contact avec la réalité le point central de cette conception. Je parlai en même temps de démence, ou comme j'aurais dit aujourd'hui, de déficit pragmatique. Ces notions devinrent par la suite le point de départ des travaux publiés en France sur la schizophrénie. Nous avons

(1) Voir E. Minkowski. — « La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels. » Evolution psychiatrique. Payot, 1925.

ici en vue d'une part les travaux de la clinique de St-Anne et de l'autre nos propres recherches entreprises avec notre maître, M. Rogues de Fursac, tout d'abord, et continuées avec M. Targowla et Mme Minkowska.

MM. Heuyer et Borel présentaient en 1922 une malade à la Société de Psychiatrie sous le titre « Délire de Rêverie » en faisant dans cette communication une large part aux idées de Freud et de Bleuler. M. Claude, avec ses élèves Brousseau, Borel et Robin, donnait une ampleur toute particulière à l'étude de cas analogues et précisait de plus en plus le mécanisme de la rêverie morbide.

Mais qu'est-ce donc que la rêverie morbide ? Est-ce un symptôme clinique ? Certes non. La rêverie morbide ne peut être mise sur le même plan que la dissociation de l'idéation ou l'ambivalence de Bleuler. Est-ce un complexe ? Pas davantage. Le contenu de la rêverie est constitué par des complexes, mais la rêverie elle-même est tout autre chose. C'est une *façon d'être,* une *attitude* particulière. Nous voyons ainsi dès maintenant naître l'idée de *l'attitude schizophrénique,* venant s'interposer, pour ainsi dire, entre le symptôme d'une part et le complexe de l'autre. Nous ne nous contentons plus d'énumérer les symptômes par lesquels se traduit la perte de contact avec la réalité, ni d'élucider les complexes qui sont à leur base, mais nous essayons en plus de pénétrer *comment* la personnalité humaine tout entière perd ce contact en se retranchant derrière un phénomène de la vie normale.

Car qui de nous n'est pas rêveur, plus ou moins ? Mais tandis que, plongés dans notre rêverie, nous ne perdons jamais entièrement le sens de la vie réelle, le rêveur schizophrène confond les images du rêve et de la réalité, s'immobilise dans son attitude morbide et aboutit ainsi à une véritable stéréotypie psychique, pouvant être mise en parallèle avec les stéréotypies psychomotrices d'attitude, connues par ailleurs.

Le fait de pouvoir rapprocher l'attitude morbide de certains malades d'un phénomène courant de la vie normale comporte quelques conséquences intéressantes. Ces malades nous apparaissent, tout d'abord, en raison même de ce rapprochement, comme moins étrangers, comme moins aliénés par rapport à l'individu sain, surtout si nous les comparons avec des schizophrènes chez lesquels un tel rapprochement

ne paraît guère possible et chez lesquels nous ne constatons que les signes de désagrégation, c'est-à-dire les symptômes schizophréniques.

Nous comprenons maintenant qu'on pourrait être tenté de restreindre, au profit de ces malades, les cadres de la schizophrénie bleulerienne. Cependant, les symptômes schizophréniques ne font jamais entièrement défaut chez ces malades. Et puis, et ceci est à considérer également, la rêverie est loin d'être la seule attitude, capable de traduire, dans le domaine de la schizophrénie, la perte de contact avec la réalité. M. Borel, dans un mémoire non publié encore, mais qu'il a eu l'amabilité de nous montrer, désigne la façon d'être particulière d'une de ses malades du nom de *bouderie morbide* (1) et nous-mêmes, nous avons eu l'occasion d'étudier récemment une schizophrène qui, ni rêveuse, ni boudeuse, semblait fixée à son passé d'une façon maladive. Elle traduisait la partie de sa vie psychique, restée encore accessible à autrui, uniquement par des regrets, toujours les mêmes, immobiles, stériles et stéréotypés. Nous aimerions parler dans ce cas de *regrets morbides.*

Ainsi, rêverie, bouderie et regrets morbides, présentent tous une affinité avec des phénomènes de la vie normale qui par leur nature déjà sont des réactions de retrait par rapport à l'ambiance. Mais tandis que dans des conditions habituelles, ces phénomènes ont un rôle important à remplir, ils deviennent dans le psychisme des schizophrènes des positions de repli définitif, en perdant tout lien avec la propulsion normale vers l'avenir et en devenant ainsi de véritables attitudes schizophréniques. La notion de psycho-rigidité dont a parlé récemment dans sa thèse M. Montassut nous semble applicable ici.

Tous les phénomènes dont il a été question jusqu'à présent possèdent un caractère affectif net. La rêverie, le regret, la bouderie, sont, si nous osons nous exprimer ainsi, des phénomènes idéo-affectifs ; ils comprennent un thème idéique, revêtu d'une teinte affective particulière. Il n'en est plus de même si nous passons maintenant à une autre série d'attitudes schizophréniques, à celles que nous nous sommes efforcés de dégager nous-mêmes. En cherchant à préciser les

---

(1) Ce mémoire a paru depuis dans le *Journal de Psychologie.*

diverses modalités de l'autisme, nous avons été amené à parler avec M. de Fursac de *rationalisme morbide,* à décrire ensuite avec M. Targowla, *l'attitude interrogative,* à étudier enfin avec Mme Minkowska le comportement particulier d'un malade, comportement caractérisé par *l'hypertrophie maladive des facteurs statiques et géométriques* de notre pensée. Comme dans les attitudes précédentes, il s'agit ici également d'une fixité exagérée d'éléments essentiels de notre vie normale, de fixité qui ne tenant plus aucun compte du sentiment de mesure et de limites, élève ces facteurs à la dignité d'autocrates tyranniques et crée ainsi une atmosphère stérile et irrespirable. Comme avant, nous constatons ici une défaillance profonde du contact vital avec la réalité et pouvons admettre que le sujet atteint cherche à combler la lacune ainsi formée, en se retranchant derrière des phénomènes de la vie normale. Ceux-ci de ce fait prennent des formes monstrueuses. Ici aussi enfin ces attitudes viennent se combiner avec des symptômes schizophréniques, circonstance qui oblige de rattacher ces cas à l'entité nosographique délimitée par Bleuler. Je note en passant que dans le cas décrit avec Targowla, j'ai pu constater, après plusieurs mois, la disparition des pseudo-obsessions interrogatives qui firent place alors à un état de déficit schizophrénique tout à fait typique.

Tels sont les points communs avec les attitudes décrites en premier lieu. Il existe cependant une différence. La rêverie, la bouderie, les regrets, sont, comme nous le disions, des phénomènes idéo-affectifs. Le rationalisme morbide ou l'attitude interrogative sont par contre des attitudes purement intellectuelles. De ce fait, ces derniers malades sont, dans leur façon d'être, déjà plus éloignés de nous et nous paraissent plus difficiles à pénétrer.

Pour terminer, nous voudrions formuler quelques conclusions :

1° La psychopathologie de la schizophrénie semble devoir comporter en dehors de l'étude des symptômes essentiels et des complexes, un chapitre nouveau sur les attitudes schizophréniques.

2° Ces attitudes ne se retrouvent pas dans tous les cas de schizophrénie ; elles permettent de distinguer les formes plastiques de cette affection des formes aplastiques.

3° Ces attitudes peuvent être séparées provisoirement en deux groupes : les attitudes idéo-affectives et les attitudes purement intellectuelles. Une classification des formes plastiques serait peut-être possible sur cette base.

4° La connaissance de ces attitudes nous permet de mieux comprendre certains schizophrènes. Elle a ainsi une valeur thérapeutique, en nous permettant d'établir plus facilement le contact avec ces malades.

5° Toutes ces attitudes se laissent subordonner à la notion première de schizophrénie. Elles s'accompagnent de symptômes schizophréniques et tendent à un état de désagrégation typique. Elles doivent être rangées ainsi dans le domaine de la schizophrénie, tel qu'il a été délimité par Bleuler.

6° Ces attitudes doivent probablement être considérées comme des réactions de défense contre la désagrégation schizophrénique.

La courbe de fréquence des temps de réaction dans les cas de troubles neuro-psychiatriques et chez les normaux (1)

Par M. J.-M. Lahy et Mlle Weinberg (de Paris)

Nous avons comparé les courbes de fréquence des temps de réactions auditives simples, d'une part chez les conducteurs de voitures motrices dont nous faisons la sélection professionnelle, d'autre part chez des malades du Service de Prophylaxie Mentale.

La courbe de fréquence idéale, c'est-à-dire celle dont les éléments sont obtenus dans des conditions strictement homogènes, a la forme d'une cloche.

Dans la mesure des temps de réaction, toutes influences extérieures au sujet restant identiques, si la courbe se déforme, ainsi qu'on le constate souvent, c'est que des influences internes, vraisemblablement les oscillations de l'attention, sont intervenues. Les différentes déformations de la courbe sont donc en rapport avec l'état mental du sujet.

Nous avons dépouillé les résultats de 1.200 conducteurs de voitures motrices. Ces sujets avaient subi un examen psychotechnique complet, à la suite duquel certains avaient été éliminés comme inaptes à l'exercice de la profession.

En examinant la courbe de fréquenc de chacun de ces 1.200 sujets, nous avons constaté que la majorité des courbes se rapprochaient de la courbe en cloche. Toutefois il existe un certain nombre de courbes irrégulières que nous avons classées de la manière suivante :

---

(1) Le peu de place réservé à cette communication nous oblige à l'abréger exagérément. Nous en publierons le texte intégral avec les figures qui l'illustrent dans le prochain numéro de la *Prophylaxie mentale*, 1, rue Cabanis, Paris.

Si nous appelons *Courbes A* les courbes régulières dont nous avons déjà parlé, nous appellerons *Courbes B* celles présentant deux ou plusieurs modes ; *Courbes C* celles qui ont deux, ou plus, sommets inégaux ; enfin les *Courbes D* seront celles dont la forme s'éloigne nettement de la courbe en cloche.

Les 1.200 courbes des conducteurs ont été fractionnées en douze centaines présentées au Tableau I, dans l'ordre chronologique des expériences.

Nous avons indiqué pour chaque centaine le pourcentage des sujets ayant donné des courbes régulières (Courbes A). Dans la 3[e] et la 4[e] colonnes verticales, ces pourcentages sont calculés séparément pour les sujets reconnus aptes et pour ceux reconnus inaptes.

Tableau I

Distribution des courbes régulières (A) dans un groupe de 1.200 conducteurs

N° DE LA CENTAINE	POURCENTAGE des courbes régulières	POURCENTAGE chez les sujets aptes	POURCENTAGE chez les sujets inaptes
1	48 0/0	51 0/0	0
2	71 0/0	75 0/0	56 0/0
3	66 0/0	77 0/0	34 0/0
4	66 0/0	77 0/0	45 0/0
5	69 0/0	72 0/0	58 0/0
6	82 0/0	90 0/0	100 0/0
7	78 0/0	87 0/0	86 0/0
8	76 0/0	73 0/0	44 0/0
9	75 0/0	80 0/0	60 0/0
10	68 0/0	71 0/0	62 0/0
11	69 0/0	74 0/0	38 0/0
12	80 0/0	80 0/0	80 0/0
Moyenne arithmétique .	71 0/0	76 0/0	55 0/0
Erreurs probables......	5	4	14

Différence entre la moyenne des aptes et des inaptes. 21 0/0
Erreur probable de cette différence................ 4,28 0/0

On remarque que pour les sujets aptes les pourcentages varient de 51 0/0 à 90 0/0 dans les différentes centaines. La moyenne arithmétique est de 76 0/0 avec une erreur probable de 4. La variabilité entre les centaines est donc faible.

Par contre, cette variabilité est plus forte dans les groupes des inaptes. Ici la moyenne est en effet de 55 0/0 et l'erreur probable de 14.

La différence entre le nombre des courbes régulières chez les sujets aptes et chez les sujets inaptes est de 21. Son erreur probable est égale à 4,28, soit un peu plus de 1/5e de la différence. Il n'y a donc que peu de chances pour que cette différence soit due au hasard (exactement d'après les formules de hasard : 1 sur 1.300).

Il s'ensuit que nous pouvons dire que les sujets inaptes au travail professionnel considéré donnent plus souvent des courbes irrégulières que les sujets aptes.

Rapprochons maintenant ce fait des résultats obtenus avec les malades du Service de Prophylaxie Mentale. Nous avons pris les temps de réactions de 23 malades appartenant à des catégories morbides différentes ; nous avons éliminé un sujet qui a été distrait par des excitations extérieures fortuites.

Les 22 cas qui restent se répartissent ainsi (Tabl. 2) :

Courbes A : 2 sujets, soit 9 0/0 ; courbes B, 4 cas, soit 18 0/0 ; courbes C, 7 cas, soit 32 0/0 ; courbes D, 9 cas, soit 41 0/0.

Si nous groupons toutes les courbes irrégulières, nous constatons qu'on les rencontre chez les malades dans 91 0/0 des cas.

Tableau II

Distribution des courbes chez les malades

COURBES	NOMBRE DE CAS	DIAGNOSTIC	TOTAL en nombres absolus	TOTAL en % par rapport au nombre total de malades examinés
A régulières	1	Débilité.	2	9 0/0
	1	?		
B (à plusieurs modes)	1	Anxiété, émotivité.	4	18 0/0
	1	Débilité.		
	1	Démence précoce.		
	1	Démence précoce.		
C (à plusieurs sommets)	1	Psychose intermittente.	7	32 0/0
	1	Scrupules, résignation, honte.		
	1	Psychasthénie.		
	1	Cyclothymie, phase de dépress.		
	1	Démence précoce.		
	1	Débilité (hallucinations).		
	1	Mélancolie présénile.		
D (aspect irrégulier)	1	Psychasthénie.	9	41 0/0
	1	Ex-mélancolie.		
	1	Démence précoce (Schiz.).		
	1	Hypomanie (?)		
	2	Anxiété.		
	3	Paralysie générale.		
		Total..............	22	

Malgré la réserve que nous tenons à formuler, quant au nombre relativement faible des malades testés, le fait de n'avoir trouvé que 2 cas de courbes régulières, sur 22 sujets, est significatif ; surtout si l'on considère comparativement le nombre des courbes régulières rencontrées chez les conducteurs aptes et inaptes confondus (Tabl. 1, 2e colonne). Ce nombre varie de 48 0/0 à 82 0/0, selon les centaines.

En résumé, 3 faits sont constatés :

1° Les courbes de fréquence des temps de réactions chez les malades, irrégulières dans la majorité des cas, ne sont régulières que dans 2 cas sur 22, soit 9 0/0.

2° Les courbes de fréquence des travailleurs (aptes et inaptes) sont régulières dans 71 0/0 des cas.

3° Les courbes de fréquence des travailleurs inaptes ne sont régulières que dans 55 0/0 des cas, contre 76 0/0 chez les travailleurs aptes. Cette différence de 21 0/0, ainsi que nous avons tenu à le démontrer, est caractéristique.

(Travail du Laboratoire de Psychologie du Service de Prophylaxie Mentale).

Discussion

M. Aug. Ley (de Bruxelles) confirme les résultats obtenus par les auteurs, et considère l'inégalité et le manque de constance dans la valeur des temps de réaction comme signe habituel chez les insuffisants mentaux légers. Cette caractéristique dépend évidemment des oscillations anormales de l'attention. Tout sujet qui les présente doit être, au point de vue de l'orientation professionnelle, considéré comme suspect d'anomalie mentale et soumis à l'examen du psychiatre.

Le réflexe verbo-auriculo-ducteur

Son utilisation en psychothérapie

Par le docteur Berillon (de Paris)

Dans la pratique de la psychothérapie, la *suggestion,* c'est-à-dire la direction mentale du malade, s'effectue par l'intermédiaire de la fonction auditive. Il n'est donc pas sans intérêt de savoir dans quelle mesure le sujet peut être considéré comme appartenant au type auditif.

L'auditif est l'individu particulièrement sensible aux vibrations sonores, et chez lequel l'excitation de la pensée correspond à la reviviscence d'images auditives.

Il est donc celui chez lequel le pouvoir excito-moteur de la parole produira les réactions les plus fortes. Mais les réactions réflexes provoquées par l'excitation des centres auditifs ne résutleront pas seulement de la parole d'autrui. Elles seront amplifiées par l'audition de sa propre parole.

Le fait peut être démontré par l'expérience suivante :

Si le sujet, invité à se placer en état de résolution musculaire, de passivité psychique, comme dans la recherche de tous les réflexes physiques, prononce, par exemple, à *haute et intelligible voix,* la phrase suivante : « Je me sens attiré vers tel point », vous le verrez s'avancer d'une façon absolument irrésistible vers le point indiqué.

C'est à cette réaction que j'ai donné le nom de réflexe *verbo-auriculo-ducteur.* La répétition de cet examen chez un grand nombre de sujets me permet de formuler les conclusions suivantes :

1. L'excitation verbale du *réflexe verbo-auriculo-ducteur* par la suggestion d'autrui ne provoque des réactions nettes que chez les hyperauditifs et les hypersuggestibles.

2. L'excitation du réflexe provoquée par la propre parole

du sujet, et perçue par son oreille, se traduisent par l'accomplissement, automatique et irrésistible, de l'acte indiqué.

3. Par la répétition, la sensibilité du réflexe s'accentue.

4. Chez les individus en état d'excitabilité, par le fait d'une intoxication, d'une cause psychique ou d'un trouble mental, le réflexe verbo-auriculo-ducteur est aboli.

La parole frappant le tympan n'a pas seulement pour effet de provoquer des réactions motrices, elle détermine également des réactions sensitives et intellectuelles, des émotions, des dispositions affectives ou répulsives.

On comprend donc l'importance que comporte, dans la pratique, la recherche du réflexe verbo-auriculo-ducteur, puisque de sa constatation résultent les trois applications suivantes :

1° Le diagnostic du degré de suggestibilité.

2° La possibilité d'une intervention psychothérapique.

3° Un moyen précis de réaliser la direction mentale du sujet et de procéder ainsi à sa rééducation.

La question de la race en médecine mentale
Le métissage facteur de la dégénérescence héréditaire

Par le docteur Berillon (de Paris)

La question du terrain, de la réceptivité pathologique, à laquelle se trouve expressément liée celle de la race, devrait dominer la pathologie mentale. Cependant, dans la rédaction des observations, il n'est jamais fait mention de la race à laquelle peut être rattaché le sujet, alors même que les caractères extérieurs en donnent la notion au plus haut degré.

Ainsi, on n'inscrit même pas sur les fiches si le sujet est de race noire, jaune, sémite, slave, germaine ou celte. A plus forte raison, on ne se préoccupe pas de rechercher s'il est le produit du mélange de races dont les caractères ethniques sont le plus nettement opposés et discordants.

Cependant, comme l'ont remarqué les zootechniciens et les anthropologistes, et comme je l'ai observé personnellement chez de nombreux anormaux, le croisement des races différentes a pour effet habituel de donner des produits défectueux, aussi bien au point de vue physique qu'au point de vue mental.

Les métis, par le fait de leur hérédité discordante, sont en état de variation désordonnée, et les produits de types ethniques différents ne peuvent faire autrement que de représenter, comme on l'a dit très justement, « des mosaïques incohérentes », d'autant plus que la distance morphologique des générateurs, comme dans le cas de l'union entre *hyperdolichocéphales* et *hyperbrachycéphales,* est plus grande.

Dans son *Traité de Zootechnie,* A. Sanson montre, par une série de figures, à quel point d'hétéromorphie peuvent parvenir les métis de la première génération, et encore plus les métis issus de métis.

Le mélange des caractères anatomiques aboutit à des états de dysharmonie antimérique et de dissymétrie tellement accentués qu'ils donnent l'impression d'autant de symptômes de prédispositions morbides.

La simple comparaison des pur-sang et des métis montre la supériorité des premiers, tant au point de vue de l'harmonie, de la régularité et de la beauté des formes, que de l'activité glandulaire, source de la résistance vitale et de l'énergie.

L'insuffisance et l'incohérence des métis n'est pas seulement somatique, elle existe à un degré correspondant dans le domaine de l'intelligence, du caractère, des instincts et de la résistance mentale.

Est-il nécessaire d'insister sur le contraste entre l'individu de race pure, mû par des tendances héréditaires bien définies, par des instincts normaux, et le métis, voué à une existance décousue par l'antagonisme des hérédités différentes qui le dominent tour à tour.

Dans ces conditions, on se demande comment la question du métissage, envisagé comme facteur de dégénérescence, n'a pas, jusqu'à ce jour, attiré l'attention des neurologues et des psychiatres. Qu'il me soit permis d'exprimer le vœu que, bientôt, la question de la race et des désordres mentaux qui dérivent de ses altérations occupe en psychiatrie la place que lui mérite son importance.

II. COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

La dysbasia lordotica et son mécanisme physiologique (1)

Par MM. J. Froment et R. Carillon (de Lyon)

La dysbasia lordotica est caractérisée par l'apparition dans la station debout, la station assise et la marche du type habituel d'une *lordose mobile,* renversant le tronc en arrière et lui imposant de pénibles contorsions. Il s'y joint un mode de progression atypique du membre inférieur que caractérisent : — *la brusquerie du mouvement d'extension,* déterminant souvent le phénomène du genou à ressort ; — *sa prolongation anormale ;* — son *accentuation* excessive, avec parfois démarche de digitigrade.

La lordose mobile et les troubles de la progression du membre inférieur ne sont pas deux phénomènes indépendants, sans liaison l'un avec l'autre. La lecture des films cinématographiques montre qu'ils évoluent en quelque sorte parallèlement. Elle incite à penser qu'il y a là, de l'un à l'autre, rapport de cause à effet, ou peut-être encore action réciproque.

On observe enfin, dans la dysbasia lordotica, des attitudes et des mouvements de compensation du membre supérieur qui paraissent destinés à remédier aux troubles de l'équilibre qu'entraîne le renversement du tronc en arrière.

On a fait remarquer que ce renversement du tronc ne se produisait pas dans le décubitus dorsal. Aussi l'a-t-on dénommé spasme d'action. Mais ce terme est-il bien exact et tient-il compte des paradoxes suivants ?

---

(1) Le texte *in extenso* de la communication a été publié dans le *Journal de Médecine de Lyon* du 20 juin 1925, pp. 339 à 351, sous le titre *Qu'est-ce que la dysbasia lordotica (dite spasme de torsion)?* Cette communication était accompagnée de la projection de deux films cinématographiques et de nombreuses photographies dont quelques-unes sont reproduites au trait dans le dit article. On n'en trouvera ici qu'un *résumé succinct.*

Intégrité paradoxale de divers actes, types de marche et modes de progression. — Est-ce bien un spasme d'action ?

Le renversement du tronc ne se produit pas lorsque le malade, *étendu sur le dos ou sur le ventre, pédale* avec ou sans résistance. Il ne se produit pas dans la *marche à quatre pattes.* Cette absence de lordose dans les deux actes sus-mentionnés pourrait, il est vrai, être expliquée de la manière suivante : les muscles qui interviennent dans la statique du tronc, et dont on suppose le spasme d'action, n'entrent pas ici vraiment et directement en jeu. On pourrait, en effet, admettre que ce spasme d'action ne se déclanche que lorsque les muscles incriminés sont appelés à participer plus nettement à l'acte exécuté.

Mais cette lordose mobile disparaît encore complètement (ou tout au moins, lorsque les contorsions atteignent un degré excessif, s'atténue très notablement) dans *la course, le saut, l'ascension* ou *la descente des escaliers « quatre à quatre »*, la *marche en tirant, en poussant ou en portant sur les épaules* un objet lourd, la *marche à cloche-pied,* la *danse,* la *course à bicyclette.* On ne peut vraiment pas dire que ces actes n'impliquent pas des contractions actives des muscles du tronc. Certains d'entre eux sollicitent même des contractions plus énergiques de ces muscles que celles que suppose la marche sur terrain plat du type habituel. Et pourtant, le prétendu spasme d'action est, ici encore, en défaut.

Comment expliquer l'immunité paradoxale de tous ces actes ?

Pourquoi suffit-il même de demander au malade *de marcher à reculons,* ou même *de plier les genoux dans la marche en avant,* pour voir encore disparaître le prétendu spasme d'action ? Ici pourtant il s'agit bien d'une action de même rythme, de même force, se faisant dans des conditions de statique à peine différentes de la marche sur terrain plat du type habituel qui elle, par contre, est des plus défectueuses.

L'expression de spasme d'action doit donc être rejetée, car si elle enregistre une notion exacte : l'apparition de la torsion à l'occasion d'un acte, elle néglige par contre un autre fait tout aussi important, c'est que cette torsion ne se produit pas dans tous les actes, ni même dans tous ceux qui, au même titre que la marche, mettent en jeu la musculature du tronc.

Le caractère spasmodique de la torsion a-t-il été objectivement démontré ? Quel est le sens exact de l'expression dystonie ?

Tous les auteurs qui ont, jusqu'ici, étudié la dysbasia lordotica, ont attribué cette lordose mobile à la production d'un spasme. Mais l'existence de ce spasme, admis sans discussion, a-t-elle été vraiment démontrée? Qu'est-ce qui nous prouve que le renversement du tronc en arrière soit un phénomène actif ?

Sans doute on a noté l'existence de contractions rythmiques au niveau de la région fessière, de la région lombaire, de la musculature abdominale.

Mais a-t-on nettement démontré que les muscles qui étaient le siège de ces contractions étaient vraiment susceptibles de produire, en se contractant, les attitudes vicieuses considérées ? Certaines de ces contractions rythmiques ne sont-elles pas tout simplement l'expression de tentatives de correction de l'attitude vicieuse, et le témoin des efforts répétés autant qu'infructueux que fait le malade pour rectifier son équilibre. Quels pouvaient être, par exemple, dans une chute du tronc en arrière, la signification et le rôle des contractions rythmiques de la musculature abdominale notées dans l'observation III d'Oppenheim ?

Mais, nous objectera-t-on, il reste la *dystonie,* qui a été consignée jusqu'ici par tous les observateurs. En quoi consiste-t-elle au juste ? Si nous avons bien compris la pensée d'Oppenheim, ainsi que celle de Kurt Mendel, ce terme exprime l'alternance, dans les mêmes groupes musculaires, d'hypotonie au repos et d'hypertonie au cours des mouvements actifs.

On voit bien à quels symptômes l'on se réfère pour admettre l'hypotonie du repos. Mais on ne voit pas aussi distinctement de quels signes l'on fait état pour admettre l'hypertonie associée aux mouvements. Elle parut si évidente que l'on négligea de le dire avec précision.

Et pourtant, connaissons-nous d'autres états pathologiques où l'on ait déjà établi indiscutablement la réalité de cette transformation d'hypotonie en hypertonie ? Ce que nous savons, c'est que l'effort et le mouvement sont susceptibles, ce qui est tout différent, de transformer une hypertonie

latente en une hypertonie marquée, ou tout au moins indiscutable.

Donner comme preuve de l'hypertonie les torsions du tronc et expliquer ensuite les dites torsions par l'hypertonie, ce serait recourir à une véritable pétition de principe.

Qu'est-ce enfin que ces *mouvements clonicotoniques* dont on parle ? Sont-ce les saccades qui scandent la torsion ? Mais comment se porter garant qu'il ne s'agit pas là de simples tentatives de correction qui, étant plus ou moins impuissantes à remédier à la chute du tronc en arrière, doivent inlassablement se répéter ? L'extension brusque et saccadée du membre inférieur ne mérite pas non plus l'étiquette de mouvement clonico-tonique ; il serait beaucoup moins inexact de la dénommer dysmétrique, bien que l'on ne retrouve ici aucun des caractères de l'hypermétrie cérébelleuse.

Cette brusquerie, ce caractère excessif, ne sont-ils pas l'expression d'une *dysharmonie des groupes musculaires de fonctions opposées,* dysharmonie se manifestant dans certaines conditions particulières qui restent à déterminer.

En résumé, la réalité du spasme, la réalité des mouvements clonico-spasmodique, et même la réalité d'une alternance d'hypotonie et d'hypertonie, qui a été supposée et qui a été nommée dystonie, restent à établir.

Le système des fléchisseurs du tronc et du bassin et son état méiopragique. — Signes objectifs décelant son insuffisance

Par contre, on peut, par toute une série de tests objectifs, mettre en évidence l'*insuffisance du système des fléchisseurs du tronc* qui, amarrant fortement celui-ci, l'empêche, à l'état normal, de tomber en arrière, alors même qu'à certaines phases du pas (pas antérieur et double appui), il y incline physiologiquement. Cette meiopragie des fléchisseurs du tronc et du bassin qui nous paraît incontestable, bien qu'elle ait été jusqu'ici méconnue, peut suffire à rendre compte de toutes les particularités, de tous les apparents paradoxes de cette lordose capricieuse.

Les abdominaux sont hypotoniques, ce qui permet un renversement passif extrême du tronc, dont l'axe arrive à former avec le sacrum un angle de près de 110° ; bien plus, ils sont anormalement faibles.

Le malade est-il étendu dans le décubitus dorsal, il ne par-

vient pas à se mettre sur son séant, ni même à décoller du sol sans l'aide des bras. Il n'y arrive pas davantage quand on maintient ses membres inférieurs appliqués contre le sol afin de donner un point d'appui fixe aux fléchisseurs du bassin et, par suite, aux fléchisseurs du tronc.

Lorsque le malade est assis sur son séant, il suffit d'exercer une traction très faible (le dynamomètre utilisé — en l'espèce un peson — marque 5 à 6 kilos), pour le renverser en arrière sans qu'il puisse s'y opposer. Dans les expériences que nous avons faites sur des témoins normaux, ceux-ci, dans les mêmes conditions, pouvaient s'opposer victorieusement à une traction de 12 kilos.

Le sujet enfin est-il debout, le tronc plié en avant, si l'on se place derrière lui, et si on le saisit par les épaules, on le redresse aisément, quelque effort qu'il fasse pour s'y opposer, tandis qu'un homme normal, même bien moins musclé que nos malades, ne se laisse pas redresser ainsi.

Ces diverses constatations confirment la donnée que suggérait, chez un de nos malades, le volume tout à fait disproportionné de l'abdomen, évoquant l'image d'un ventre de batracien.

Si, dans un deuxième cas, l'abdomen n'était pas globuleux, *les tests décelant l'insuffisance de la sangle abdominale* étaient peut-être encore plus nettement positifs que chez le premier. Ils étaient encore nettement positifs dans un troisième cas, bien que la dysbasia lordotica fût ici tout à fait fruste.

Ainsi donc, *il y a manifestement dans la dysbasia lordotica insuffisance des muscles de la sangle abdominale*, et il y a tout lieu d'admettre que *cette insuffisance est un des facteurs de l'attitude vicieuse.*

Mais comment se fait-il alors que la dysbasia lordotica ne reproduise pas les caractères de la lordose paralytique des muscles abdominaux ? Pour peu que l'on mette en regard l'attitude de nos malades et celles que nous montrent les dessins de Duchenne de Boulogne, on s'aperçoit en effet que la dysbasia lordotica est une lordose de caractère intermédiaire entre la lordose paralytique des muscles abdominaux et la lordose paralytique des muscles spinaux. On pourrait en résumer ainsi les caractères, mis à part son extrême mobilité : fesses effacées, ventre parfois très saillant, ligne de gravité du tronc passant très en arrière des fesses, colonne dorso-lombaire formant avec le sacrum un angle obtus.

Un spasme dorso-lombaire qui, dans la dysbasia lordotica, viendrait se surajouter à l'impotence des muscles abdominaux ne ferait qu'accentuer le type de la lordose produite par la dite insuffisance ; il ne peut donc pas être ici supposé. En effet, l'attitude de la lordose paralytique des muscles abdominaux tient, ainsi que Duchenne le fait remarquer, d'une part à la flexion compensatrice du bassin et, d'autre part, à la contraction active des masses sacro-lombaires, sur laquelle repose alors, pourrait-on dire, toute la statique du tronc. En se contractant plus activement encore, ils ne pourraient qu'incurver un peu plus le rachis. Ils ne le renverseraient pas davantage en arrière.

Quel est donc le facteur surajouté ? Nous n'irons pas, malgré les ressemblances indéniables de la dysbasia lordotica avec la lordose paralytique des muscles dorso-lombaires, jusqu'à affirmer que ces derniers muscles sont, dans l'affection que nous étudions, eux aussi insuffisants. A vrai dire, dans notre deuxième cas, on pouvait se demander s'ils n'étaient pas effectivement plus faibles que normalement. Mais, chez notre premier malade, leur force paraissait en rapport avec l'état de la musculature du sujet considéré.

Nous croyons que c'est plutôt dans l'*insuffisance des fléchisseurs du bassin* qu'il faut chercher l'explication des modifications profondes imprimées dans la dysbasia lordotica au caractère de la lordose parétique des abdominaux. D'ailleurs, dans les épreuves auxquelles nous avons fait appel pour juger de la force que pouvait déployer la sangle abdominale, nous avons, en réalité, apprécié la somme de la force des muscles abdominaux et des fléchisseurs du bassin sur la cuisse, muscles qui, dans toute une série d'actes, impliquant la flexion du tronc, interviennent synergétiquement.

Faut-il donner encore une preuve de cette insuffisance des divers éléments du système des fléchisseurs du tronc. *Tétanise-t-on,* à l'aide de deux bobines d'induction, les muscles abdominaux, ou encore les fléchisseurs du bassin (tenseurs du fascia lata ou psoas-iliaques), on redresse le tronc pendant tout le temps où passe le courant, et ceci non seulement dans la station debout au repos, mais tout aussi bien pendant la marche, qui alors redevient sensiblement normale. Ce dernier argument ne suffirait pas à lui seul à prouver l'insuffisance des fléchisseurs du tronc, mais il prend une singulière valeur lorsqu'on le rapproche des résultats obte-

nus dans la recherche des tests d'insuffisance. C'est bien en effet ici d'*insuffisance*, d'*état meiopragique*, et non de paralysie *du système des fléchisseurs du tronc*, qu'il faut parler.

Cette insuffisance des fléchisseurs du tronc nous paraît être le seul fait indiscutable, bien que dans toutes les recherches antérieures aux nôtres il n'ait été question que de spasme.

La méiopragie du système des fléchisseurs du tronc qui rend compte des caractères et des paradoxes de la dysbasia lordotica doit en être la cause principale.

Caricature des oscillations physiologiques, démesurément accentuées, la lordose mobile ne fait, dans la marche du type habituel, que traduire l'instabilité statique du tronc, qui tend sans cesse à tomber en arrière. Les efforts incessants que fait le malade pour rétablir l'équilibre confèrent à cette lordose un aspect pseudo-clonique. Dans tous les types de marche ou modes de progression, au cours desquels il reste physiologiquement incliné en avant, le tronc des malades atteints de dysbasia lordotica, malgré l'insuffisance de son amarre est, par contre, relativement garé contre tout risque de chute en arrière ; ainsi s'explique que cette lordose excessive, qui contorsionne violemment la marche du type habituel, puisse ne pas se produire en pareil cas.

Au concept de la dystonie, qui consisterait dans l'alternance d'une hypotonie de repos et d'une hypertonie d'action, il faut substituer celle d'une *dysharmonie du tonus des groupes musculaires de fonctions opposées avec insuffisance des uns et prédominance des autres.*

La notion de l'insuffisance du système des fléchisseurs du tronc, dans la dysbasia lordotica, incite à demander à l'électrothérapie, à la kinésithérapie, à la prothèse, et peut-être même à la chirurgie, l'atténuation de cette pénible infirmité que l'encéphalite épidémique tend à vulgariser.

Les divers mouvements anormaux et attitudes vicieuses groupés sous la dénomination de spasme de torsion, ne témoignent-ils pas simplement de la dysharmonie du tonus des groupes musculaires de fonctions opposées ?

On doit, à notre avis, se demander si ce n'est pas dans une *dysharmonie du tonus des groupes musculaires* de fonctions

opposées que gît tout le mystère physiologique des prétendus spasmes de torsion. Le système des extenseurs prédomine sur le système des fléchisseurs ; souvent encore le *système extension-adduction-rotation en dedans* prédomine sur le *système flexion-abduction en dehors,* et ainsi s'explique le curieux enroulement des membres sur leur axe qui a été si souvent décrit.

Mais cet enroulement n'est pas le fait d'un spasme. Il est le fait d'une rupture d'équilibre, d'une véritable dysharmonie des forces toniques qui s'opposent.

Cette dysharmonie, et c'est une notion sur laquelle il convient d'insister, semble en quelque sorte élective. Elle ne se manifeste pas à l'occasion de tous les mouvements : le malade étendu pédale normalement. Pour qu'apparaisse la torsion du tronc, *il faut qu'intervienne la statique* ; c'est lorsque les contractions statiques s'associent à des contractions cinétiques de régions voisines que cette torsion est le plus marquée.

La torsion des membres tend à apparaître dans les mêmes conditions, mais peut se développer dans d'autres que nous ne pouvons songer à détailler ici. Toutefois, là encore, elle se développe surtout aux dépens des muscles de la racine lorsque ceux-ci sont requis pour fixer le membre et donner à l'extrémité qui agit le point d'appui nécessaire. Et, de fait, tout acte de préhension énergique, même celui de serrer le poing, déclanche la contraction synergique de tous les muscles de la ceinture scapulaire et du bras.

Tout se passe en dernière analyse comme s'il s'agissait d'une dysharmonie des forces toniques chargées d'assumer l'équilibre statique du tronc et des membres, dysharmonie qui ne se manifeste que lorsque les nécessités de l'équilibre opposent (dans des conditions dont il reste à poursuivre plus minutieusement l'étude) les forces inégales en présence, c'est-à-dire au moment où les groupes musculaires de fonctions opposées interviennent synergiquement et sont, pourrait-on dire, jumelés.

*
**

Tels sont les premiers résultats des recherches que nous avons entreprises concernant la dysbasia lordotica. Elles jettent, nous semble-t-il, un jour nouveau sur le mécanisme

des états dits spasmes de torsion, dont la dysbasia lordotica n'est en somme qu'une variété, la première décrite. Elles incitent à considérer d'un autre point de vue que celui sous lēquel on les a regardés les autres états de torsion, elles suggèrent des recherches nouvelles et ne sont pas dénuées d'intérêt pratique.

Elles peuvent enfin nous acheminer vers une représentation plus exacte du rôle dévolu à ces centres importants du tonus qui siègent dans les corps striés, vers la connaissance de leurs répartitions, et peut-être faudrait-il dire de leurs localisations. Ce n'est pas aux recherches anatomiques seules que l'on peut demander ce que représentent exactement ces importantes formations. On ne pourra en éclaircir le mystère qu'en faisant appel à la collaboration étroite des recherches anatomiques et d'observations cliniques plus précises, plus rigoureuses que celles qui ont été déjà faites, en un mot, d'études cliniques faites sous l'angle physiologique.

M. Aug. Wimmer (de Copenhague). — Je suis sûr d'être d'accord avec mes confrères en remerciant bien vivement M. Froment de sa communication si intéressante et de le féliciter de la façon si ingénieuse dont il a su rechercher les mécanismes plus intimes des troubles moteurs si curieux de son cas important.

Je me permettrai seulement de faire quelques remarques sur la notion de « spasme de torsion » et sur les composants moteurs de ce tableau clinique. C'est bien possible que la dénomination de « spasme de torsion » est assez mal choisie. Seulement, ces mots couvrent assez bien les troubles moteurs fondamentaux de la plupart des cas relatés. Il y a, dans le syndrome du « spasme de torsion », deux sortes de troubles de la motilité dont il faut tenir compte. L'une, ce sont les *hypercinésies,* mouvement involontaires, autonomes, de torsions, athétosiques, etc., et qui, selon mon expérience personnelle, ne font pas défaut dans aucun cas. Ce sont là des troubles moteurs *positifs,* si on me permet ce mot, dus à des lésions anatomo-pathologiques en même temps destructives et irritatives. Et c'est précisément dans ces troubles hypercinésiques qu'on retrouve le spasme, *spasmus mobilis* surtout, différant fondamentalement de la rigidité permanente d'origine pyramidale.

A côté des hypercinésies, des spasmes alternants, nous avons l'autre trouble fondamental des mouvements, les *paracinésies,* troubles de la coordination striée, dysmétrie striée et qu'on pourrait bien, au point de vue des mécanismes patho-physiologiques, comparer aux mouvements incoordonnés, dysmétriques, résultant des lésions cérébelleuses.

M. Brunschweiler (de Lausanne). — La lumineuse analyse de M. Froment m'a vivement frappé. Je voudrais lui poser une question sur un point : l'insuffisance de l'action des muscles psoas et abdominaux, fléchisseurs du tronc, doit-elle fatalement dépendre de la parésie de ces muscles ?

Cette insuffisance ne pourrait-elle pas être causée par un retard de l'intervention de ces muscles, par trouble de coordination aussi bien que par parésie ?

Je rapproche cette question des constatations expérimentales de von Minchow, qui ont montré que les spasmes de torsion les plus intenses se voient dans les lésions unilatérales du corps nosiforme.

Ceci rend admissible une explication de l'insuffisance de l'action musculaire en question par un trouble de coordination.

M. Froment (de Lyon). — Tout comme je l'ai fait dans ma communication, M. Wimmer vient de souligner les analogies, toutes relatives d'ailleurs, qu'il y avait entre les mouvements excessifs des sujets atteints de dysbasia lordotica et les mouvements hypermétriques des cérébelleux. Cette comparaison s'impose à tout observateur attentif. Mais bien vite on reconnaît qu'il s'agit là de deux phénomènes essentiellement différents.

Chez le strié, seuls sont excessifs certains mouvements en rapport avec la marche, tandis que chez le cérébelleux il y a excès pour tous les mouvements d'un membre donné, qu'ils soient ou non liés à la marche. C'est qu'en effet l'un des phénomènes (l'hypermétrie du cérébelleux) tient à la régulation du mouvement lui-même, tandis que l'autre (dysharmonie des mouvements du strié), n'est décelé que par les mouvements impliquant la station debout.

Le spasme de torsion et le syndrôme parkinsonien d'extension dans l'encéphalite épidémique

Par M. C. Henner (de Prague)

A la Clinique de mon maître, M. le Prof. Syllaba, nous avons observé jusqu'à ce jour 3 cas de spasmes de torsion à la base ou au cours de l'encéphalite épidémique. La maladie passait par des phases successives suivantes : *a*) phase aiguë, *b*) période de latence (pendant laquelle les malades se croyaient guéris), *c*) période susceptible d'indiquer le commencement du syndrome parkinsonien, enfin *d*) premiers signes du spasme de torsion.

Plusieurs fois nous avons été frappés tant par une habileté et agilité des mouvements des malades que par l'inconstance des troubles. Un de nos malades (dont les photos du film j'ai fait circuler) savait jouer au ballon d'une façon presque correcte ; à ce moment, le malade n'a ni extension de la tête et du tronc, ni lordose, ni scoliose, il est vif et alerte, il saute en avant, en arrière, et on ne remarque presque rien de son état morbide ; il s'agit d'un phénomène très analogue à la cinésie paradoxale de Souques.

J'aborde une seconde question : *le syndrome d'extension parkinsonien* et sa connexion étroite avec la dysbasia lordotica progressiva. *Le syndrome parkinsonien d'extension a été observé à notre clinique déjà chez 14 encéphalitiques.* Sauf les 3 cas du spasme de torsion typiques, l'extension n'était jamais trop prononcée, mais *toujours elle augmentait par la station debout ou par la marche ;* plus tard, nos parkinsoniens d'extension présentaient des signes ultérieurs du spasme de torsion ; *notre opinion est que le type « d'extension parkinsonien » se rapproche plus du spasme de torsion que du syndrome parkinsonien.*

Le spasme de torsion, ou la dysbasia lordotica progressiva, ne sera probablement que très rarement une entité nosolo-

gique, dans la plupart des cas il s'agira d'un syndrome conditionné par toute lésion à localisation stable, mais pas encore suffisamment connue. Les cas accompagnés de cirrhose hépatique seront seuls à défendre leur indépendance nosologique dans le cadre de dégénérescence hépatolenticulaire, terme employé pour la première fois par Hall.

Cela n'empêche pas que le spasme de torsion imite assez la rigidité décérébrée chez quelques animaux ; le maximum des lésions doit être recherché dans le système extrapyramidal entre les ganglions centraux du cerveau et le mésencéphale.

Contribution expérimentale à l'étude des mouvements involontaires, surtout de l'athétose

(avec projection de coupes de cerveaux et projection cinématographique d'un film présentant des mouvements athétoïdes et des troubles sensitivo-moteurs chez un chat opéré).

Par M. MINKOWSKI (de Zurich)

La question des mouvements involontaires, tels que les mouvements choréiformes et athétosiques, le rire et le pleurer spasmodiques, le tremblement, les syncinésies, etc., est beaucoup discutée actuellement, en connexion surtout avec les observations cliniques qui se rapportent à la maladie de Wilson, la pseudo-sclérose, l'athétose double, la chorée aiguë et chronique, l'encéphalite léthargique et ses séquelles, la paralysie agitante, etc. Cependant, ni la localisation exacte de ces troubles, ni leur mécanisme physio-pathologique ne sont encore suffisamment établis.

Le plus souvent, les mouvements involontaires ont été attribués à des lésions des voies dites extra-pyramidales, notamment des ganglions de la base (*Landouzy, Demange, Oulmont, Grasset, Anton, C. et O. Vogt, P. Marie et Lhermitte, Ramsay Hunt, Kleist, Economo, Souques, Fœrster, Jakob* et d'autres), et tout particulièrement du striatum (noyau caudé et putamen). Cependant, d'après d'autres auteurs, des troubles similaires, et surtout des mouvements choréo-athétosiques, peuvent se produire par suite de lésions de la couche optique (*Gowers, Herz, Frey, Déjerine, de Monakow*, etc.), de la région sous-thalamique (surtout de l'anse lenticulaire), du corps de Luys ou du noyau rouge (*de Monakow* et d'autres), du pédoncule cérébelleux supérieur (*Bonhoeffer* et d'autres), du cervelet (*Sander, Kleist, Bostroem, Lhermitte* et Mlle *Bourguina*) et de la voie pyramidale même (*Kahler* et *Pick, Brissaud*, etc.). Ainsi, c'est par une lésion partielle du faisceau pyramidal que certains auteurs ont cherché à expliquer les mouvements athétosiques et choréiformes qu'on peut observer assez fréquemment au cours de l'hémi-

plégie d'origine vasculaire, le plus souvent lorsqu'elle ne donne pas lieu à des contractures très prononcées. D'autre part, il existe des observations négatives, où des lésions du corps strié (par exemple dans un cas récent de *Clovis Vincent*), de la couche optique, du cervelet et de ses connexions, de la capsule interne, etc., n'avaient guère provoqué de mouvements involontaires.

Au point de vue *expérimental,* nos notions sur la genèse des phénomènes athétosiques ou choréiformes sont encore plus fragmentaires. *Karplus* et *Economo* ont observé des mouvements choréo-athétosiques dans la patte antérieure lésée de trois chats qui avaient subi la section du pied du pédoncule avec lésion simultanée du noyau rouge, mais ils n'en ont point vu sur d'autres, opérés de la même façon. *Borowiecki* a également constaté des mouvements choréo-athétosiques chez un chat sur lequel il avait effectué une section complète du pied du pédoncule, du ruban de Reil médian et de la formation réticulée d'un côté, ainsi qu'une section incomplète du pied du pédoncule de l'autre ; ces mouvements se sont manifestés dans les deux pattes du côté opposé à la section complète du pied du pédoncule. *Lafora,* enfin, a observé des mouvements involontaires après des lésions unilatérales et bilatérales du pédoncule cérébelleux supérieur, de la région hypothalamique ou du noyau rouge, le caractère particulier de ces mouvements (choréique, athétosique ou mixte) variant d'après la localisation particulière des lésions.

Le point de départ de mes recherches a été l'observation de *mouvements involontaires de caractère athétoïde dans les deux pattes antérieures d'un chat auquel j'avais extirpé d'un côté la région électro-motrice de l'hémisphère,* c'est-à-dire les deux circonvolutions sigmoïdes (postérieure et antérieure), caractérisées par la présence de cellules pyramidales géantes dans la 5e couche de l'écorce, et correspondant ainsi au champ 4 de *Brodmann.* Depuis, j'ai refait la même opération sur deux autres chats, et j'ai observé sur eux des phénomènes similaires.

En résumant mes *trois observations,* je veux dire d'abord que les mouvements involontaires n'ont pas apparu immédiatement après l'opération, mais seulement quelques jours (6, 14 et 18 jours) plus tard et que, depuis, ils ont persisté aussi longtemps que l'observation a duré (6, 9 et 6 mois). Dans tous les trois cas, il s'agit de *mouvements dans les deux pattes antérieures,* cependant plus prononcés et plus fréquents dans la patte du côté opposé à l'opération que dans celle du même côté ; jamais je n'en ai observé dans

les pattes postérieures. Ces mouvements, d'une lenteur prononcée, sont tantôt limités surtout aux *orteils,* qui s'écartent ou se rapprochent, se fléchissent ou s'étendent, tantôt ils gagnent également *les articulations du poignet, du coude et de l'épaule,* en menant le plus souvent à une flexion progressive et une adduction de toute l'extrémité vers le tronc ; la position finale une fois atteinte, la patte peut y être maintenue, pendant une période de quelques secondes jusqu'à une demi-minute, le trouble assumant ainsi le caractère d'un *spasme intermittent.* Quelquefois, surtout lorsque l'animal est couché sur le sol, ces mouvements présentent un caractère alternant et rythmique, une jambe étant étendue, tandis que l'autre est fléchie, et inversement ; mais, le plus souvent, ils ont un caractère irrégulier et incoordonné. Ils peuvent se produire dans chaque position de l'animal, quand il est couché par terre aussi bien que lorsqu'il est assis ou debout ; ils peuvent même apparaître durant un état de calme complet. Ils se produisent, cependant, le plus facilement et le plus fréquemment lorsque l'animal se trouve dans un état de *tension affective et motrice,* par exemple, lorsqu'il a faim et cherche à saisir un morceau de nourriture, qu'on lui montre sans le lui abandonner ; en particulier, ils se manifestent surtout *avant le début et après la terminaison de mouvements physiologiques* successifs et vifs, comme ceux de manger ou de courir, soit *dans les phases pré-motrice et post-motrice* de ceux-ci, tandis qu'ils cessent ou diminuent pendant l'accomplissement même de mouvements physiologiques. Leur rythme et leur fréquence sont ainsi très variables ; quelquefois on peut en observer 10-20 dans chaque patte au cours d'une minute, quelquefois, un ou deux seulement ; enfin, il y a des périodes où, pendant un quart d'heure ou même plus longtemps, on n'en observe point du tout.

Le caractère général de ces mouvements, comme *d'éléments étrangers à la fonction normale et complètement inutiles,* leur lenteur, leur irrégularité et variabilité, leur diminution au repos et leur augmentation pendant l'agitation, et d'autres traits encore nous permettent de les considérer comme *correspondant aux mouvements athétosiques, bien connus, de l'homme.* Et si, chez le chat, nous n'observons pas de mouvements aussi isolés, aussi bizarres et variés comme dans l'athétose humaine, c'est que, normalement aussi,

les mouvements isolés des extrémités du chat en général, et ceux des orteils, en particulier, sont sans comparaison moins développés et moins variables que les mouvements correspondants de l'homme.

Les autres troubles présentés par les animaux opérés ont été ceux en grande partie bien connus depuis les travaux expérimentaux de *Munk,* de *Hitzig* et d'autres auteurs, à savoir : légère hémiparésie des extrémités du côté opposé à l'opération, troubles croisés de la sensibilité profonde, se manifestant par l'apparition d'attitudes vicieuses et leur correction abolie ou ralentie, troubles de la sensibilité superficielle (surtout du contact et de la localisation), troubles réflexes (perte de réflexes corticaux et apparition de réflexes de défense et d'automatisme médullaire, etc.).

Au point de vue *anatomique,* l'autopsie et les coupes en série des cerveaux opérés ont confirmé *l'ablation totale du champs des pyramides géantes et démontré,* en outre, le *manque de toute altération primaire du corps strié, de la couche optique, du noyau rouge, du cervelet, ou d'autres formations et voies extra-pyramidales.*

En ce qui concerne les *dégénérations secondaires,* nous avons pu, en accord avec nos recherches précédentes sur le singe (*Archives Suisses de Neurologie,* vol. 12, 14 et 15, 1923-24), constater les altérations suivantes :

1° une dégénération de *fibres cortico-spinales* ou *pyramidales,* embrassant la plus grande partie des fibres de la pyramide bulbaire et spinale et pouvant être suivie dans le faisceau pyramidal croisé de la moelle jusque dans la moelle lombaire ; la dégénération d'un petit nombre de fibres pyramidales homolatérales dans le cordon postéro-latéral de la moelle du côté de l'opération ;

2°-4° la dégénération d'un certain nombre de fibres *cortico-pontines et cortico-nigriques* (se terminant dans la substance grise du pont et dans le locus niger) ;

5° une dégénération de fibres qui se détachent du segment lenticulo-caudé de la capsule interne et continuent leur route dans la tête du noyau caudé, où elles se terminent, et où leur déficit se manifeste par une disparition partielle des fibres à myéline, une certaine altération de la substance moléculaire et un rapprochement des cellules ganglionnaires (ceci confirme donc l'existence de *fibres cortico-caudées,* que j'avais décrites

chez le singe, l. c.) ; en outre, une dégénération de fibres dans le faisceau sous-calleux, se continuant dans le stratum zonale du noyau caudé ;

6° une altération de cellules ganglionnaires et de la substance moléculaire dans la partie antéro-médiane du *globus pallidus,* indiquant la perte de connexions entre le *globus pallidus* et l'écorce, plus particulièrement le lobe frontal, signalées par *de Monakow* et par *Minkowski ;*

7° dans certaines parties de la couche optique (surtout les noyaux ventraux *a* et *b* et le noyau médian *b*), une dégénération de cellules ganglionnaires, qui donnent naissance à des *fibres thalamo-corticales* (également dégénérées), accompagnée d'une atrophie simple de toute la couche ventrale et du noyau dorso-latéral du thalamus ; en outre, dans les parties de la zone grillagée avoisinant les parties dégénérées de la couche optique, une dégénération de fibres et une atrophie de cellules (plutôt qu'une dégénération), déterminée sans doute par la perte d'un certain nombre de fibres cortico-thalamiques;

8° et 9° la dégénération d'un grand nombre de *fibres calleuses* et de *fibres associatives* de l'hémisphère.

Ainsi, une lésion primaire du corps strié, ou d'autres voies extra-pyramidales n'est guère nécessaire, du moins chez le chat, pour déterminer des mouvements involontaires, puisque, d'après nos observations, *des mouvements athétoïdes peuvent être déclenchés par l'ablation de la région motrice de l'écorce ou du champ des pyramides géantes, donnant lieu à une dégénération secondaire de la voie pyramidale et d'autres voies,* que nous venons d'énumérer.

Le *mécanisme physio-pathologique* de ces troubles ne peut guère être établi dès maintenant ; toutefois il semble que ni des phénomènes d'excitation abnorme, ni la suppression d'inhibitions physiologiques, ni, enfin, des troubles de régulation centripète ou centrifuge, invoqués jusqu'à présent, ne suffisent à eux seuls à expliquer leur genèse, mais qu'il faut envisager à ce point de vue la possibilité d'une action simultanée et combinée de tous ces facteurs et d'autres encore. En somme, la dégénération de la voie pyramidale et d'autres voies de projection, corticofuges et corticopètes, ainsi que de voies associatives et commissurales, semble de nature à désorganiser jusqu'à un certain degré le dynamisme du système senso-moteur dans son ensemble et dans ses

différentes parties, atteintes toutes plus ou moins par la perte d'éléments constitutifs ; et si la patte antérieure du côté de l'opération est également atteinte, c'est que son système d'innervation senso-motrice doit être également perturbé, soit par suite de dégénération de fibres calleuses, soit à cause d'autres troubles commissuraux ou autres. La limitation des phénomènes décrits aux pattes antérieures provient sans doute de ce que la participation de l'écorce à leur innervation est beaucoup plus importante qu'à celle des pattes postérieures. Enfin, l'influence prononcée que ces phénomènes subissent de la part de facteurs d'ordre affectif démontre qu'ils ne relèvent pas seulement de conditions anatomiques, mais aussi de facteurs humoraux *et* endocriniens (agissant sur le cerveau par l'intermédiaire du système nerveux sympathique et parasympathique, de la barrière ecto-mésodermique, des plexus choroïdes, de la névroglie, etc.).

Pour terminer, revenons sur le fait que, d'après de nombreux documents cliniques et expérimentaux, des mouvements involontaires, ressemblant à ceux que nous avons observés après des lésions corticales, peuvent également être provoqués par des lésions sous-corticales et extrapyramidales différentes, telles que des lésions du corps strié, de la couche optique, du noyau rouge, du cervelet ou de ses connexions, etc. Il semble donc qu'il s'agit là d'un *symptôme général de désorganisation et de déséquilibre fonctionnel et dynamique, relevant du système sensitivo-moteur et pouvant être déterminé, dans certaines conditions, par des lésions de localisation différente, atteignant un des chaînons essentiels de ce système.*

(*Travail de l'Institut d'Anatomie Cérébrale de l'Université de Zurich*).

Recherches anatomo-expérimentales sur la constitution du pédoncule cérébral et ses contingents sous-thalamiques

Par M. le Prof. D'HOLLANDER, et M. le D[r] RUBBENS, assistant
(de Louvain)

Devant la complexité anatomique des régions di- et mésencéphaliques d'une part, et l'importance de ces régions mise en lumière par les faits cliniques si nombreux des dernières années, d'autre part, toute contribution, si restreinte qu'elle soit, à l'étude expérimentale et systématique des connexions de ces régions ne peut qu'aider à enrichir nos connaissances en la matière. L'absence de bases anatomiques suffisante explique la grande divergence d'opinions dans ce domaine.

Etat de la question :

I. *Pédoncule cérébral :* Les fibres corticales occupent dans le pédoncule une situation d'autant plus médiane que leur origine est plus frontale. D'après Déjerine et Minkowski les fibres occipitales ne rentreraient pas dans la constitution du p. c. (chez l'homme et chez le singe).

II. *Rapports* du 1/5 m. externe du p. c. avec la radiation optique. L'un de nous a, le premier, mis en dégénérescence sur tout son trajet la voie cortico-pédonculo-opticotectale.

III. *La substance noire de Soemmering :* Des expériences les plus récentes (Minkowski), il résulte que le plus grand nombre des fibres de projection à la S. N. vient de la frontale ascendante, et quelques-unes de la pariétale ascendante et du lobe frontal proprement dit.

IV. *Corps de Luys :* Les relations corticales de ce noyau, admises par Cajal, sont niées par d'autres auteurs.

Recherches personnelles.

Matériel et Méthode :

Cette étude porte sur 10 expériences faites sur des cerveaux de lapin adulte. Ces expériences ont consisté en des cautérisations de l'écorce par le formol.

Tous les animaux furent sacrifiés 15 jours après l'opération. Les cerveaux sont fixés au liq. de Müller et traités par la méthode de Marchi, en coupes frontales.

Ces expériences sont basées sur la loi de la dégénérescence wallérienne directe des fibres myéliniques après destruction de leurs cellules d'origine conformément à la loi formulée par Van Gehuchten.

Notes topographiques :

A noter le développement considérable que peuvent atteindre la S. N. et le C. de L. chez certains animaux (cobaye, rat, lapin, souris, chat). Le C. de L. continue en avant la S. N. ; ces 2 noyaux sont séparés par le cordon lenticulaire de Forel.

Exposé des expériences :

Expérience X. — Lésion : destruction quasi totale du néopallium. Dégénérescences dans tout le pied péd., d'où il se détache partout de fins grains dans la liaison pédonculo-optique, la zona incerta, le corps de Luys, mais surtout dans la S. Noire.

Expérience IX : comparable à la précédente.

Expér. I, III, VI (D. G.) : lésion frontale. Les dégénérescences se limitent au 1/3 interne du p. p. qui envoie des dégénérescences dans la S. N.

Expér. II, IV (D. G.), VII : Lésion occipitale. Dégénérescences dans le 1/3 externe du p. p., ainsi que dans la liaison pédonculo-optique, ou voie cortico-tectale superficielle.

Les dégénérescences du 1/3 externe de p. p. se continuent jusque dans la protubérance : fibres occipito-pontiques.

Expériences I², II² (Lebl.) : Lésion pariétale. Dégénérescence dans le 1/3 moyen du p. p.

Conclusions

De ces expériences se dégagent les données certaines suivantes :

1. Le pied pédonculaire présente des fibres dégénérées :

a) Dans toute son étendue dans les lésions totales du cortex ;
b) dans son 1/3 interne dans les lésions frontales (1) ;
c) dans son 1/3 moyen dans les lésions pariétales ;
d) dans son 1/3 externe, ainsi que dans la liaison pédonculo-optique (voir 6) dans les lésions occipitales.

2. Quelle que soit la zone corticale lésée, la grande masse des fibres mises en dégénérescence se laisse poursuivre jusque dans la protubérance.

Ainsi se trouve démontrée expérimentalement l'existence de fibres *occipito-pontiques* chez le lapin (niées chez l'homme et le singe, Déjerine, Minkowski).

3. La *substance noire* de Sömmering reçoit des fibres *cortico-nigriques* ayant leur origine surtout dans la région frontale (4 + 6, 1 + 3, d'après la carte de Brodmann, contenant donc la zone motrice) (1).

Nous n'avons jamais noté de dégénér. occipito-nigriques. Quant aux fibres pariétales, quelques-unes semblent destinées à la S. N. Nos expériences ne nous permettent pas d'être affirmatifs.

A noter que les expériences totales nous apprennent que la S. N. est le noyau sous-thalamique, qui reçoit le nombre de fibres de loin le plus abondant.

4. Quant à la *Zona Incerta*, son *noyau latéral* et le c. *Luys*, nos expériences totales nous apprennent qu'il existe des fibres corticales directes vers tous ces noyaux. Les expériences partielles ne nous ont pas permis de les localiser encore, vu les résultats parfois minimes ou discordants. Le c. de Luys cependant est resté intact dans toutes les expériences occipitales et pariétales.

---

(1) Cette dénomination « frontale » porte sur l'ensemble de la région frontale lésée. La petitesse du cerveau de lapin permettrait difficilement, par notre méthode, de léser individuellement une aire frontale donnée. Nous ne savons, en conséquence, spécifier dans nos résultats, l'origine, motrice ou bien frontale stricte sensu, des dégén. observées. Même remarque pour la regio parietalis et occipitalis.

5. La donnée la plus intéressante qui ressort de nos recherches a trait à l'existence d'une voie corticifuge, qui naît dans la *regio occipitalis* et qui, via le 1/3 externe du pédoncule, chemine dans les radiations optiques pour aller se terminer dans le Tub, quadr. ant. L'un de nous le premier, comme nous l'avons fait remarquer plus haut (*op. cit.*), en a décrit l'origine, son trajet complet et sa terminaison réelle.

Ainsi que nous l'avons répété également, tous les auteurs n'admettent pas ce contingent fourni par le péd. cér. aux radiations optiques. Et cependant, si l'on veut se donner la peine de le rechercher sur des préparations bien réussies, colorées pour les gaines de myéline ou imprégnées par l'argent, l'on peut aisément individualiser, sur des coupes de cerveaux normaux, les faisceaux de fibres qui, à hauteur de la bandelette optique, se détachent du 1/3 externe du pied pédonculaire, prennent une direction arciforme de bas en haut et de dedans en dehors pour s'engager dans la masse des radiations optiques qui, à ce niveau, sont intimement accollées à la face latérale du p. p.

Cette disposition est clairement rendue dans une coupe de l'encéphale de lapin nouveau-né, imprégnée par la méthode à l'argent de Cajal.

De la sorte, plus aucun doute n'est possible au sujet de l'existence de la liaison entre le pédoncule et les radiations optiques, qui sert de passage à la voie *cortico-pédonculo-optico-tectale.*

Etude expérimentale des voies nerveuses par la méthode de la dégénérescence axile précoce
Les connexions centrales du nerf vestibulaire

Par M. P. Van Gehuchten (Bruxelles)

Dans une note récente (1), nous avons signalé tout l'intérêt que pouvait présenter la méthode à l'argent réduit pour l'étude des dégénérescences des voies nerveuses dans le système nerveux central. Nous avons poursuivi l'application de cette méthode dans nos recherches expérimentales sur les connexions centrales du nerf vestibulaire chez le lapin, conjointement avec l'application de la méthode de Marchi. Nous résumons ici le résultat de ces recherches.

Dans tous les cas, nous avons pratiqué la section intracranienne du nerf vestibulaire suivant la technique conseillée par Van Gehuchten, et nous avons précisé par des expériences de contrôle les dégénérescences dues à l'enlèvement de floculus.

Nous avons sacrifié nos animaux après une survie variant de 12 heures à 11 jours, de façon à suivre les différents stades de la dégénérescence cylindraxile.

Après douze heures on ne constate guère de modifications du cylindraxe. Après vingt-quatre heures l'extrémité de certaines fibres sectionnées se renflent en forme de massue et il existe sur tout le trajet des fibres un léger œdème periaxile.

Après deux jours les lésions deviennent plus nettes. La plupart des fibres lésées ont une massue terminale. Un certain nombre de fibres sont fragmentées dans la partie immédiatement voisine de la section. Les fibres les plus atteintes sont les fibres les plus épaisses. A mesure que l'on

---

(1) A.-P. Dustin et P. Van Gehuchten. — *C. R. Société de Biologie*, 6 décembre 1924. Consultez aussi à ce sujet : Geerts : *C. R. Association des Anatomistes*, 1911 ; et M. Danis : *Annales d'Oculistique*, 83e année, août 1920.

s'éloigne de la périphérie les lésions sont moins nettes. Les cylindraxes sont tuméfiés et irréguliers sur une partie de leur trajet intrabulbaire.

Après trois et quatre jours les fibres sont en pleine dégénérescence. La plupart d'entre elles sont fragmentées. Elles apparaissent sous la forme d'une série de blocs irréguliers souvent reliés entre eux par un mince filament. C'est le moment le plus favorable pour l'étude des voies nerveuses parce que la dégénérescence s'étend à toute la fibre et peut se poursuivre sur tout son trajet. C'est le moment que nous avons choisi pour l'étude des connexions centrales du nerf vestibulaire. Plus tardivement, après une survie de cinq à six jours, les fibres sont complètement dégénérées et il devient plus difficile de les poursuivre. Enfin vers le 10 ou 11[e] jour il ne persiste plus que quelques blocs épars de cylindraxe dégénéré.

Connexions centrales du nerf vestibulaire. — *A l'état normal,* la méthode à l'argent réduit permet de distinguer dans le nerf vestibulaire des fibres épaisses et des fibres fines. Les fibres fines sont disséminées dans toute l'épaisseur du nerf. Elles sont en nombre plus considérable que les fibres épaisses. Arrivées en dedans du noyau de Deiters, les grosses fibres de la racine vestibulaire se dispersent en éventail. Par contre la plupart des fibres fines se rassemblent en un faisceau qui se dirige en avant. On voit les fibres qui le composent croiser les fibres radiculaires du nerf facial puis se perdre dans la substance réticulée du bulbe au niveau du noyau de la VI[e] paire sans qu'il soit possible de les poursuivre plus loin.

Après section du nerf vestibulaire et survie de trois à quatre jours, on constate une dégénérescence très accentuée de toutes les fibres épaisses. Ces fibres sont les unes complètement déformées, présentant le long de leur trajet des épaississements et des amincissements, les autres, au contraire, les plus nombreuses surtout après quatre jours de survie sont complètement fragmentées. Il est facile de les suivre sur des coupes horizontales jusqu'en dedans du noyau de Deiters. On peut de même aisément retrouver les fibres dégénérées dans toute l'étendue de la racine descendante. Il est plus difficile de suivre les fibres qui vont au noyau triangulaire et au noyau de Bechterew, et cela parce que ces fibres sont extrêmement fines, étant ou bien des collatérales,

ou la partie terminale d'une fibre radiculaire. De plus, il existe à ce niveau un fouillis inextricable de fibrilles nerveuses qui s'entrecroisent en tous sens. On reconnait cependant nettement la différence entre le noyau triangulaire et le noyau de Bechterew du côté normal et du côté lésé. Du côté normal, ces deux noyaux présentent un réseau touffus de fines fibrilles nerveuses ; du côté lésé, au contraire, ce réseau a presque disparu. La plupart des fibrilles sont déformées ou fragmentées et la coupe est parsemée de granulations irrégulières.

Il faut également une observation attentive pour poursuivre les fibres dégénérées qui vont au noyau du toit du cervelet. Pour que la méthode à l'argent réduit mette les fibres dégénérées nettement en évidence, il faut que les coupes soient faites soit dans un plan parallèle, soit dans un plan perpendiculaire à leur direction. Or le faisceau vestibulo-cérébelleux se dirige obliquement de bas en haut. On distingue cependant au fort grossissement un certain nombre de fibres qui contournent le pédoncule cérébelleux supérieur pour se terminer dans le noyau du toit du cervelet. Dans le cervelet même, à part la dégénérescence du pédoncule cérébelleux supérieur, conséquence de la lésion du noyau dentelé, il n'existe pas de fibres dégénérées se dirigeant vers l'écorce du cervelet.

Ces phénomènes de dégénérescence n'attaquent que les fibres grosses et les fibres moyennes de la racine du nerf vestibulaire. Dans toutes les expériences que nous avons faites et quelle que soit la durée de survie des animaux en expérience, nous avons toujours trouvé les fibres fines intactes. Celles-ci se retrouvent disséminées dans toute l'épaisseur de la racine entre les fibres dégénérées. Là où les fibres épaisses se dispersent en éventail, on les voit se rassembler comme nous l'avons signalé plus haut et se diriger vers la substance réticulée du bulbe où elles croisent les fibres radiculaires du facial. Ces fibres non dégénérées sont en nombre plus considérables que les fibres dégénérées. A leur extrémité distale on constate fréquemment des phénomènes de régénérescence. *Ce sont sans aucun doute possible des fibres centrifuges.*

Ces fibres centrifuges ont déjà été signalées par plusieurs auteurs, notamment par Leidler, nous les avons retrouvé nous-mêmes par l'étude des dégénérescences au Marchi, mais

nous étions loin de soupçonner leur nombre considérable avant leur étude par la méthode à l'argent. C'est là sans aucun doute une supériorité considérable de la méthode des dégénérescences axiles.

De nouvelles recherches sont nécessaires pour déterminer l'origine et le rôle de ces fibres centrifuges.

⁂

Conclusion. — 1° La méthode de la dégénérescence axile précoce appliquée à l'étude des connexions centrales du nerf vestibulaire confirme et complète les résultats fournis par la méthode de Marchi.

Elle confirme ces résultats quant aux terminaisons du nerf vestibulaire. Celui-ci se termine dans le noyau descendant, le noyau triangulaire, le noyau de Bechterew et le noyau du toit du cervelet. Il n'existe aucune connexion directe entre le nerf vestibulaire et l'écorce du cervelet.

Elle complète ces résultats en mettant en évidence dans le nerf lésé un nombre considérable de fibres non dégénérées qui sont sans aucun doute des fibres centrifuges.

2° Il nous apparaît donc dès à présent que cette méthode peut rendre de grands services pour l'étude des voies nerveuses, tant dans les recherches expérimentales qu'en anatomie pathologique humaine.

⁂

(Travail du laboratoire d'anatomie pathologique de l'Université de Bruxelles. Professeur : A.-P. Dustin.)

Les syndrômes des mouvements réactionnels de Barany et les lésions correspondantes du cervelet

Par M. le Dr S. Kipchidzé (de Tiflis)
(*Université de Géorgie*)

La question de la signification de la méthode de Barany pour le diagnostic des affections cérébelleuses est loin d'être résolue. Barany, lui-même, a insisté sur ce fait que l'absence des mouvements réactionnels, obtenue plusieurs fois à l'aide des différentes méthodes, est le symptôme de la lésion de la partie correspondante du cervelet ; il disait que dans tous les cas, quand l'absence de réactions a été due à l'influence du voisinage ou de la distance, il a obtenu des résultats positifs, en employant une excitation plus forte, ou en modifiant la méthode d'excitation. L'absence des réactions persistait dans tous les cas, dès qu'il s'agissait de la lésion immédiate du centre cérébelleux.

Les auteurs qui ont voulu vérifier les résultats obtenus par Barany, ne sont pas d'accord avec lui ; ils admettent que les signes de l'absence de mouvements réactionnels ont la même valeur que tous les autres signes de l'affection cérébelleuse. Tenant compte de cette contradiction, je crois pouvoir présenter le résultat de mes observations, à ce sujet, observations qui confirment la manière de voir de Barany, laquelle est basée sur l'existence des localisations dans le cervelet.

J'ai étudié treize cas d'affections cérébelleuses, parmi lesquelles j'ai trouvé : *a*) sept cas d'affections néoplasiques, qui étaient vérifiés par l'autopsie ou par l'opération ; *b*) six cas dans lesquels la localisation de la tumeur était précise en détails. Dans un cas le diagnostic n'était pas exact.

Mon intention d'examiner les mouvements réactionnels dans tous les cas, a rencontré des inconvénients qui étaient d'ordres différents : tantôt l'excitation avait provoqué la nausée, les vomissements, l'état de malaise ; tantôt l'excitabilité des labyrinthes n'était pas assez forte pour provoquer des réactions marquées et permettre de tirer, de cet examen, une

conclusion précise ; enfin me sont restés des cas que j'ai examinés soigneusement et en plusieurs fois.

Premier cas (Quatre expériences). — Examen des mouvements dans le plan sagittal, dans les articulations des deux épaules.

Nystagmus, de la direction normale. On a obtenu la déviation de l'index droit, à droite et à gauche, au sens contraire du nystagmus ; la déviation de l'index gauche, à droite et à gauche, dans les mêmes conditions.

Anatomiquement on a trouvé, malgré la destruction considérable de l'hémisphère droite, que les centres des mouvements indiqués ci-dessus, situés dans le lobe semilunaire et digastrique, étaient respectés par la lésion. Dans ce cas, les réactions du membre supérieur droit existaient malgré la destruction complète du pédoncule moyen droit du cervelet.

Cas II. (Vingt-quatre expériences). — J'ai obtenu facilement les mouvements des bras à gauche et à droite, les mouvements de l'avant-bras gauche, à droite et à gauche ; mais il n'était pas possible de provoquer le mouvement de l'avant-bras droit à droite, c'est-à-dire en dehors, tandis que le mouvement de cet avant-bras, à gauche, était net. Nous avons renforcé l'excitation en prenant de l'eau chaude, d'un côté, de l'eau froide de l'autre côté — la réaction restait négative — alors nous avons essayé de provoquer cette réaction de l'avant-bras à l'aide de rotation du sujet (de la malade) ; trois fois nous avons obtenu la réaction négative.

L'avant-bras qui ne bouge pas, vers la droite, fait une déviation très nette à gauche. Anatomiquement, nous avons trouvé dans ce cas la destruction complète de la partie antéro-interne du lobe digastrique droit. La conclusion est la suivante : le centre du mouvement de l'avant-bras en dehors, se trouve dans la partie antéro-interne du lobe digastrique.

Cas III. — Nous avons examiné les réactions des bras. Nous avons vu les mouvements du bras gauche, en dehors et en dedans ; les mouvements, en dedans, du bras droit sont très exagérés (10-15 cm.). Il n'existait pas de mouvements du bras droit en dehors. Cette exagération du mouvement du bras droit, en dedans, doit être expliquée, comme la conséquence de la faiblesse du centre de l'action contraire. Pendant l'autopsie, nous avons trouvé une grande tumeur détruisant la partie de l'hémisphère droit, notamment les lobes

semilunaires (supérieur et inférieur), dans lesquels on a placé le centre du mouvement du bras en dehors. Le lobe digastrique droit, qui est le siège du centre du bras, en dedans, était totalement conservé.

Cas V (Dix-huit expériences). — Dans ce cas, j'ai obtenu toutes les réactions des bras, des avant-bras, des poignets, les réactions de la chute du corps, les réactions des jambes. Il existait un syndrome cérébelleux clinique net. Ayant toutes les réactions normales, nous avons prévu l'intégrité anatomique du cervelet en expliquant les syndromes cliniques par l'influence du voisinage.

L'autopsie a montré la tumeur ponto-cérébelleuse et l'intégrité anatomique du cervelet.

Cas VI. — Dans ce cas, les réactions des bras, pendant l'examen des mouvements dans le plan horizontal, étaient normales pour les deux membres supérieurs, en dehors et en dedans.

Pendant l'intervention chirurgicale, on a trouvé une tumeur énucléable de l'angle ponto-cérébelleux droit.

La malade a été observée pendant deux années après l'opération.

Cas VII (Quinze expériences). — Nous avons obtenu, pendant les mouvements dans le plan vertical, les réactions des membres supérieurs dans tous les segments : le bras, l'avant-bras et le poignet ; puis nous avons également examiné les mouvements des bras dans le plan horizontal.

Les mouvements réactionnels du membre gauche, en haut et en bas, étaient normaux ; le mouvement du bras droit, en bas, était également normal. Il manquait seulement une réaction, celle du bras droit en haut. Nous avons remarqué plusieurs fois l'absence de cette raction. Malgré l'absence d'autres signes cérébelleux, nous avons soupçonné l'existence de la lésion dans l'hémisphère droit.

A l'autopsie, on a trouvé une tumeur du quatrième ventricule.

Pour provoquer les réactions des déviations dans le plan vertical, il faut faire intervenir l'inclinaison de la tête, à droite ou à gauche. Les réactions provoquées directement par l'excitation des labyrinthes sont plus fortes que les réactions provoquées par l'influence de l'inclinaison de la tête.

Cas VIII. — Dans les cas non néoplasiques, nous avons remarqué l'absence de réactions de déviations, mais ces cas n'étaient pas vérifiés anatomiquement.

Il serait intéressant de constater la même gravité clinique des troubles cérébelleux dans les deux membres, malgré l'existence des réactions de déviations dans un seul membre. Dans un cas, nous avons obtenu l'absence des mouvements réactionnels du bras gauche. Les mouvements du bras droit étaient normaux, mais le malade avait des troubles, également marqués, de la coordination, dans les deux membres supérieurs. Les mêmes constatations ont été faites sur un cas de syphilis de névraxe.

Les observations ci-avant nous montrent que, pour tous les cas dans lesquels il existait le trouble de la réaction directement provoquée, sans l'inclinaison de la tête, il existait des destructions anatomiques du cervelet. Nous avons remarqué, dans le troisième cas, la destruction du centre du mouvement du bras en dehors (décrit par M. Barany), ainsi que dans le deuxième cas, du centre du mouvement de l'avant-bras en dehors, dont le siège est le lobe digastrique, et qui n'était pas décrit jusqu'alors.

Dans les cas V, I et VI, les réactions de déviations coexistaient avec l'intégrité anatomique du lobe correspondant.

L'absence de mouvements réactionnels directement provoqués signifie, dans le diagnostic local, la lésion destructive du cervelet.

On ne peut pas attribuer la même valeur diagnostique à des réactions provoquées à l'aide de l'inclinaison de la tête.

Ces conclusions sont en faveur de l'existence des centres dans le cervelet, c'est-à-dire en faveur de la théorie des localisations. Je crois donc devoir insister sur quelques points de mes constatations :

1. L'intégrité du pédoncule moyen du cervelet n'est pas nécessaire pour que les mouvements réactionnels se produisent.

2. Le centre de déviation de l'avant-bras, en dehors, est situé dans la partie antéro-interne du lobe digastrique.

3. L'absence des mouvements réactionnels de Barany indique les lésions graves des centres du cervelet, tandis que les autres signes peuvent apparaître avant la lésion anatomique des centres cérébelleux.

Lésions du névraxe dans le traumatisme expérimental

Par le Prof. A. Donaggio et le Dr U. Testa (de Modène)

Les auteurs ont produit, sur le crâne ou sur le rachis de cobayes et de lapins adultes, des traumatismes légers, mais capables de déterminer des phénomènes de commotion ; et ils ont examiné les centres nerveux peu de temps après l'action du traumatisme (10 à 30 minutes).

Dans ces conditions, ils n'ont pu déceler aucune lésion avec les méthodes ordinaires. Avec les méthodes neurofibrillaires de Donaggio on ne voyait aucune trace de dégénérescence axile précoce. En appliquant les méthodes de Donaggio pour la coloration positive des dégénérescences précoces des fibres nerveuses (1) (une de ces méthodes est résumée dans le traité de technique de Roussy et Lhermitte), ils ont pu déceler l'existence de nombreuses fibres nerveuses qui présentaient le comportement des fibres en dégénérescence primaire tout à fait initiale (conservation des cylindres et des gaines de myéline, mais résistance de ces deux composants de la fibre à la décoloration).

Ces recherches démontrent que le traumatisme cranien ou rachidien, aussi quand il ne donne pas de modification morphologique appréciable, produit une modification histochimique des fibres nerveuses ; cette modification histochimique est décelable par l'application des méthodes de Donaggio pour la démonstration des dégénérescences initiales de la fibre nerveuse.

---

(1) *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1904, fasc. 1 ; v. aussi la récente modalité au bleu de toluidine (Donaggio : Intorno alla dimostrazione della degenerazioni iniziali ; *Rivista di pathologia nervosa e mentale*, vol. XXVII, fasc. 1-8, 1922).

III. COMMUNICATIONS
RELATIVES A L'ASSISTANCE ET THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement malarique de la paralysie générale

Par MM. H. Claude, R. Targowla et H. Codet

La pratique systématique du traitement spécifique de la maladie de Bayle nous a donné, depuis quelques années, un certain nombre de résultats favorables, permettant de rendre plusieurs malades à leur activité professionnelle. Depuis sept mois, nous expérimentons parallèlement la méthode de Wagner von Jauregg, et nous l'avons appliquée sur trente cas : quinze malades ont été soumis à l'infection malarique seule, quinze autres ont été traités par l'impaludation et les antisyphilitiques associés.

La méthode est sans danger ; nous n'avons observé que des accidents bénins (lypothymies, délire onirique) et aucun cas de mort imputable à la méthode elle-même. La seule contre-indication est dans l'état général du malade, lorsqu'il est très précaire (tuberculose, stade cachectique, escarres, etc.) ; ni l'âge du sujet, ni l'ancienneté de l'affection ne doivent être considérés *a priori* comme des contre-indications formelles.

La technique est la suivante : on injecte sous la peau du malade 5-7 cc. de sang contenant du plasmodium. Après une incubation variable, les accès apparaissent ; ils sont typiques, bien que plus ou moins intenses ; l'hypertrophie du foie et de la rate est modérée et en rapport avec l'intensité des accès. On laisse évoluer dix à quinze accès, puis on administre de la quinine. L'infection cède très facilement. La splé-

nomégalie, l'insuffisance fonctionnelle hépato-rénale disparaissent rapidement.

On pratique ensuite un traitement spécifique.

Les résultats sont variables, assez souvent tardifs, pouvant n'être appréciables qu'au bout de deux ou trois mois. Tantôt on note une aggravation. C'est l'éventualité la plus rare ; encore n'avons-nous pas observé de coup de fouet donné à la méningo-encéphalite et accélérant la progression. Tantôt on ne constate aucune modification notable. Tantôt enfin, une amélioration plus ou moins marquée se manifeste, et huit des trente malades que nous avons soumis à cette thérapeutique sont, dès maintenant, en état de quitter l'asile et de reprendre leurs occupations professionnelles (six sorties ont été accordées).

Ces améliorations portent surtout sur l'état mental. Les troubles délirants, l'amnésie, les troubles de l'attention et, dans les cas les plus favorables, ceux du jugement et même de l'auto-critique rétrocèdent ; les malades retrouvent leurs aptitudes au travail.

Les signes somatiques subissent moins aisément l'influence du traitement. Les tremblements s'atténuent et peuvent même disparaître, la dysarthrie diminue et les malades en prennent conscience, mais les modifications pupillaires, celles des réflexes sont invariables.

Quant au syndrome humoral, il est relativement peu modifié. Dans les cas les plus favorables, la leucocytose tombe, l'albuminose devient normale, les réactions colloïdales s'atténuent légèrement, la réaction de fixation devient partiellement positive, réalisant un syndrome humoral atténué, comparable à celui que l'on observe dans les rémissions. Toutefois, la disproportion est considérable avec les modifications psychiques, et il faut en conclure que le processus inflammatoire continue son évolution au niveau des centres nerveux. On doit donc faire les plus expresses réserves sur l'avenir de ces malades. D'autre part, il faut être extrêmement prudent avec ceux qui ont des responsabilités professionnelles plus ou moins importantes.

Quoi qu'il en soit, cette méthode nous a donné des résultats supérieurs à toutes les autres et nous paraît constituer, actuellement la méthode de choix.

Nous signalerons également les essais que nous avons tentés

avec le spirille du typhus récurrent. Le succès est comparable à celui que donne l'impaludation, mais la technique d'emploi est plus compliquée, l'infection plus dangereuse et moins facile à juguler que la fièvre tierce.

Discussion

M. Aug. Ley (de Bruxelles). — J'ai été très heureux de constater que les résultats obtenus par M. Claude confirment ceux que je signalais l'an dernier en Belgique, où notre expérience totale porte actuellement sur environ deux-cents cas. Trente-cinq à quarante pour cent des sujets traités dans nos asiles ont pu récupérer leur activité familiale et professionnelle. Je confirmerai ce que disait M. Targowla au sujet des réactions humorales : un de nos malades devenu complètement négatif au point de vue humoral, a fait cependant, après une rémission d'un an, une série d'ictus, suivis de démence profonde. D'autres, au contraire, chez qui les réactions humorales et les signes physiques, n'ont pas changé, s'améliorent de telle façon, au point de vue mental, qu'on peut les considérer comme provisoirement guéris. Les résultats sont tels, qu'on ne peut plus, me paraît-il, à l'heure actuelle se dispenser de faire bénéficier le P. G. d'un mode de traitement aussi efficace dans certains cas. Espérons que les recherches dans le domaine biologique et anatomique, telles que celles entreprises dans le service de M. Claude, nous fourniront des indications sur de nouveaux modes d'application de la méthode et aussi sur le mécanisme intime de ces guérisons inespérées dont la nature nous échappe encore.

M. Répond (de Malévoz-Monthey, Suisse). — La Société Suisse de Psychiatrie a consacré sa réunion de l'automne dernier à l'étude de la paralysie générale et les divers orateurs ont attaché une très grande importance au traitement inventé par Wagner von Jauregg. Les expériences faites par eux se couvrent à peu près avec celles que viennent de nous relater le Prof. Claude et M. Auguste Marie. Je tiens seulement à attirer votre attention sur 2 points de détail assez déconcertants au début, pour ceux qui emploient le traitement malarique.

Dans certains cas, la malaria semble guérir spontanément après quelques crises typiques et avant que le résultat souhaité soit obtenu. Un auteur viennois recommandait récemment à ce propos de faire au malade afébrile l'injection d'une solution de nucléinate de soude. La malaria en reçoit comme un coup de fouet et les ascencions thermiques recommencent. J'ai expérimenté la chose dans un cas et cela m'a fort réussi.

En deuxième lieu, je voudrais signaler à votre attention certains états catatoniformes qui peuvent se produire après un traitement malarique. Les signes cliniques de la paralysie générale ont disparus et il demeure un état caractéristique de démence précoce, parfois transitoire, parfois semblant au contraire s'installer définitivement. Cet aboutissement peu souhaitable de la cure malarique semble être un avertissement de ne pas la pratiquer lorsque certains symptômes catatoniformes apparaissent dans le tableau clinique de la paralysie générale. Je ne crois pas utile, en effet, de transformer cette psychose qui, non traitée amènera dans un laps de temps relativement bref un terme aux souffrances du malade, en une autre où l'individu deviendra un aliéné incurable destiné à végéter pendant de longues années dans un asile aux frais de la communauté.

Il faut donc choisir ses cas et il faut entreprendre le traitement malarique aussitôt que possible, dès que le diagnostic est fait, car nous savons que ce qui a été détruit par le processus paralytique ne renaîtra pas par le traitement, mais que nous fixerons tout au plus la maladie dans l'état anatomique où nous l'avons trouvée au début de la cure. Bien entendu, j'admets une certaine régression des phénomènes cérébraux inflammatoires et parallèlement à elle la disparition de nombreux phénomènes psychiques. Il importe néanmoins de ne pas perdre de vue que plus tôt on intervient, plus on a de chances de succès et qu'il ne vaut pas la peine d'entreprendre ce traitement chez des individus dont la déchéance mentale est déjà fort avancée.

M. Aug. Wimmer (de Copenhague). — A propos de la communication très intéressante de MM. Claude et Targowla, je me permettrai d'insister sur un point d'ordre pratique, médico-légal.

C'est que dans un cas d'amélioration, de « guérison sociale » de ces cas de P. G. par le traitement paludien, on doit toujours être très prudent en admettant la guérison *vraie*. Comme l'ont noté aussi MM. Claude et Targowla, dans les cas les mieux améliorés ou à « guérison pratique », les altérations du liquide céphalo-rachidien peuvent persister ou n'être que légèrement influencées par le traitement. C'est pourquoi on a, à mon avis, le droit de dire que la maladie, elle aussi, reste. Quant à la *responsabilité* criminelle ou civique de ces individus, il faudra donc toujours soutenir qu'ils sont des malades.

M. Anglade (de Bordeaux) tout en faisant des réserves sur la possibilité d'aggravation brusque à la suite des rémissions obtenues par les méthodes actuelles, et sur la non réalité des guérisons apparentes, rappelle les beaux résultats qu'il a, il y a plusieurs années, obtenus par la tuberculinothérapie.

La malaria et la récurrenthérapie dans la paralysie générale

A. Marie et V. Kohen

Peu d'affections ont été l'objet d'autant d'essais thérapeutiques que la paralysie générale. Laissant de côté les médications empiriques de l'époque préhistorique de la maladie que Bayle eut le mérite d'isoler en 1824, et pour ne parler que des traitements spécifiques administrés depuis que l'on a commencé à soupçonner la nature syphilitique de la P. G., aussi bien par la voie buccale que par la voie hypodermique, intra-musculaire, intra-veineuse, intra-rachidienne, intra-crânienne, il faut reconnaître que tous ont échoué.

En désespoir de cause, on s'adressa alors à des médicaments non spécifiques qui, injectés sous la peau ou dans le muscle, devaient provoquer une fièvre accompagnée d'hyperleucocytose ; à la faveur de cette dernière, d'après les travaux de Metchnikoff, la phagocytose des tréponèmes comme des autres micorbes, devait être grandement facilitée. On eut d'abord recours, vers 1900, dans ce but, aux abcès de fixation qui donnèrent quelques bons résultats dans beaucoup de psychopathies, mais jamais dans la méningo-encéphalite diffuse.

Utilisant les observations anciennes (dont quelques-unes remontent à Hippocrate et à Galien) et récentes de maladies mentales favorablement influencées par une affection fébrile, intercurrente, certains auteurs ont songé que ce résultat pourrait-être également obtenu en inoculant une maladie fébrile ou une substance pyrétogène.

Dès 1836, dans son *Traité des maladies mentales,* Esquirol écrivait (p. 350) : « Il est peu de maladies chroniques « qui n'aient été guéries par le développement d'une fièvre « inattendue.

« Tous les praticiens ne cessent d'exprimer le regret de « n'avoir pas en leur pouvoir la faculté d'exciter la fièvre ; « plusieurs ont essayé de la faire naître. Le médecin chargé « de l'hospice des insensés de Tubingen en Wurtemberg, « fait prendre aux aliénés de son hospice du muriate de

« mercure doux, à doses répétées, afin d'exciter un mouve-
« vement fébrile, ce qui leur réussit quelquefois ».

Baillarger avait déjà présenté à l'Académie de Médecine, vers 1857, des cas de P. G. en rémission à la suite d'érysipéles ou de vastes phlegmons suppurés avec fièvres. Rosenblum, d'Odessa, semble avoir été le premier qui, en 1879, inocula dans ce but la fièvre récurrente à ce genre de malades (cité par Mostchoutkovsky). En 1887, Wagner indiquait la possibilité d'inoculer le paludisme ou l'érysipèle dans cette même intention. Ce dernier auteur commença, en 1891, par injecter aux P. G. de la tuberculine à doses croissantes en alternant ces piqûres avec celles de mercure. En 1902, au Congrès de Buda-Pest, il présenta des P. G. ainsi traités, en rémission depuis 10-11 ans.

Cette méthode se généralisa ; on lui objecta de provoquer quelquefois le réveil des lésions tuberculeuses éteintes, quoique les P. G. ne soient que très rarement tuberculeux (pas plus de 1-2 0/0).

D'autres auteurs proposèrent d'injecter, au lieu de tuberculine, des cultures atténuées de staphylocoques, de streptocoques, de bacilles pyocyaniques. Donath, Fischer, proposèrent en 1909 du nucléinate de soude. Nous-mêmes, avons employé chez une centaine de P. G. les injections de tuberculine (de 0,0005 à 3 grammes), de nucléinate (de 0,25 à 4 gr.) ou de lait stérilisé (de 2 à 40 cc.) par série de 20 alternées avec des piqûres de bismuth et avons obtenu, chez des malades arrivés presque tous à la période d'état et quelques-uns même à celle de gâtisme, des rémissions plus ou moins nettes, dans près de la moitié des cas ; ces améliorations consistent dans la disparition du délire, de l'agitation, du tremblement, de la dysarthrie, de la dysmnésie, des troubles du jugement et de l'autocritique et souvent du signe d'Argyll. Elles sont accompagnées d'une atténuation parallèle de toutes les réactions humorales (benjoin colloïdal, lymphocytose et albuminose rachidiennes, réactions de Targowla, de Pandy, de Weichbrodt, de Vernes et de Wassermann.

Il est vrai que le plus souvent chez nos malades d'asile arrivés presque tous à la période d'état, ces améliorations ne durent que 3-6-8 mois ; mais, dans une quinzaine de cas, les malades ont pu reprendre leurs occupations depuis plus d'un an. Il est évident que les rémissions sont d'autant plus fré-

quentes et plus durables qu'elles se produisent chez les P. G. traités plus près du début de leur maladie.

On peut ainsi espérer les stabiliser. Les recherches récentes de Lhermitte ont montré, chez les P. G. en rémission après traitement qui ont succombé à une maladie intercurrente, que les lésions intéressant les gaines myéliniques et respectant les prolongements cylindraxiles des neurones, étaient encastrées par une cicatrice fibreuse au milieu du parenchyme resté indemne. Une constatation analogue avait été faite par Stoessler.

Il semble donc possible, sans que l'on puisse parler de guérison, que l'on arrive à localiser la maladie, la fixer et en retarder, tout au moins dans les cas pris assez tôt, l'évolution fatale vers la déchéance finale. Rogues de Fursac et Leroy en avaient déjà cité des exemples typiques.

Guiraud et Sonn, Naudascher, Chanes et Corbier ont également signalé des améliorations et des rémissions chez des P. G. traités par des injections leucopyrétiques de lait alternées avec le sulfarsénol.

Sicard a utilisé de même les propriétés pyrétogènes de la peptone de Witte et de l'or colloïdal ; Urechia et Mihalesco celles de la levure de bière. Nous-mêmes avons également essayé, mais sans succès, de traiter les P. G. par des injections intra-rachidiennes avec le bismoxyl de MM. Levaditi et Nicolau.

Depuis 1917, Wagner von Jauregg inocule aux P. G. la fièvre tierce bénigne, imité en cela par son élève Pilcz, et par Gertsmann, Weygandt, Weichbrodt, Kirschbaum, etc... qui ont inoculé également la fièvre récurrente. La plupart de ces auteurs reconnaissent avoir obtenu 30 à 50 0/0 de rémissions, soit trois ou quatre fois plus qu'on n'en observe spontanément chez les P. G. non traités.

Devant l'impossibilité matérielle de nous procurer les grandes quantités de tuberculine que nécessite le traitement de nos nombreux P. G. de l'Asile Sainte-Anne, qui, par ailleurs, étant trop avancés, réagissaient rarement aux injections de lait ou de nucléinate, nous avons remplacé dans la plupart des cas ces produits par l'inoculation malarique.

Notre premier P. G. a été inoculé le 1er août 1924 à Bruxelles, dans le Service du Professeur Aug. Ley, à l'hôpital Saint-Jean, avec du *plasmodium vivax* provenant du Service du Professeur Pilcz, de Vienne, après passage par celui du Professeur Bouman, d'Amsterdam.

Nous croyons avoir été les premiers à employer en France l'inoculation malarique sur un grand nombre de malades (nous en sommes actuellement au douzième passage), puisque plus de 100 P. G. y ont été soumis. Nous avons également inoculé quelques malades du Service du Professeur Claude qui, dans sa leçon clinique du 29 mars dernier, en a rapporté quelques résultats encourageants. Le 22 mai dernier, à la Société médicale des Hôpitaux, MM. H. Claude et R. Targowla ont signalé les bons résultats obtenus, dans 30 cas de P. G. ainsi traités. Quant à nous, qui avons traité des malades plus avancés que ceux de la Clinique du Prof. Claude, nous n'avons jusqu'ici observé que 5 rémissions et 15 améliorations sur 100 P. G. Dernièrement, nous avons également essayé les inoculations de fièvre récurrente : une trentaine de P. G. ont jusqu'ici été inoculés avec des spirilles d'Obermeyer, entretenus par des passages sur la souris, que MM. Levaditi et Poincloux nous ont procurés et provenant de l'Institut Pasteur. Sur 15 de ces malades, inoculés il y a plus de trois mois, nous avons déjà obtenu 9 rémissions. Seuls, les P. G. arrivés à la période de gâtisme n'ont pas réagi favorablement à cette thérapeutique, qui ne nous a causé jusqu'ici aucun décès.

Au cours de ces accès fébriles ou après, nous avons injecté à ces P. G. du bismuth, de la tryparsamide ou du stovarsol, ou bien du tréparsol, par la voie buccale.

Après une série de 8 à 12 accès de fièvre paludéenne, celle-ci a été très facilement coupée par la quinine ou par le stovarsol.

Toutefois, nous devons signaler que les malades arrivés à la troisième période supportent difficilement ces accès, et une douzaine d'entre eux n'en ont pas moins évolué vers la cachexie et la mort, alors que la mortalité au cours de la tuberculinothérapie et la récurrenthérapie, même chez les malades très avancés, est de beaucoup inférieure à celle qui s'observe chez les P. G. non traités, arrivés à la même période de leur maladie.

Comment cette thérapeutique agit-elle sur la maladie de Bayle ? Est-ce par l'hyperpyrexie, comme le croient Weichbrodt et Jahnel, qui ont observé la disparition des spirochètes du syphilome inoculé dans le scrotum des lapins après un séjour de ceux-ci d'une demi-heure à l'étuve à 41° ?

Jahnel avait également signalé l'absence des tréponèmes

dans le cerveau des paralytiques qui, avant de mourir, avaient une fièvre élevée.

Ces méthodes de traitement de la P. G., expérimentées surtout à l'étranger, donnent en moyenne de 30 à 45 0/0 de rémissions nettes, de l'avis de la grande majorité des psychiatres Autrichiens, Allemands, Anglais, Américains, Belges, Danois, Italiens et Suisses, qui sont venus l'affirmer encore tout récemment à la 67e Assemblée des psychiatres Suisses à Zurich (14-16 novembre 1924). C'est environ trois fois plus qu'on n'en a observé spontanément chez les malades non traités.

Lorsque l'on a la possibilité d'instituer le traitement à la période initiale de la maladie de Bayle, alors que tous les symptômes cliniques ne sont pas encore au complet, et que seul le syndrome humoral, bien défini par Targowla, permet de faire le diagnostic, on a toutes les chances d'obtenir la rémission, qui pourra être prolongée par des séries d'injections de bismuth répétées trois fois par an.

C'est ainsi que plusieurs de nos malades, en rémission depuis deux ans, peuvent continuer leurs occupations tout en se faisant traiter, alors que de ceux, sortis de l'asile en rémission il y a un an et demi, avec lesquels nous avions perdu le contact, plusieurs sont rentrés dernièrement de nouveau dans le service dans un état trop avancé pour espérer une nouvelle rémission après remise en traitement.

On peut prévoir, dès le début du traitement pyrétogène, s'il a des chances de réussir d'après l'intensité des accès ; les P. G. qui ne réagissent pas par une fièvre élevée ne bénéficient généralement pas de cette thérapeutique.

Après trois années d'expérimentations, nous sommes arrivés à la conviction qu'il faut essayer d'abord les pyrétogènes les plus bénins, comme le lait stérilisé ou le nucléinate ; si le malade ne réagit pas et s'il n'a pas de tuberculose avérée, ce qui est très rare chez les P. G., on peut essayer les injections de tuberculine à doses progressivement croissantes (en commençant par un demi-milligramme) alternées avec le bismuth.

Les autres malades capables d'une rémission réagissent par une fièvre à 39° avant d'avoir atteint la dose de 10 à 20 milligrammes.

Les P. G. trop avancés ne réagissent pas même à des doses de 2-3 g. Ce n'est qu'après avoir épuisé en vain ces moyens qu'on pourra essayer les inoculations de fièvre récurrente ou

de tierce bénigne chez les sujets jeunes, non hypertendus, sans lésions accentuées : rénales, cardiaques ou hépatiques, en se tenant prêt à couper les accès immédiatement au cas où le sujet les supporterait mal et donnerait des signes de défaillance. Par contre, il n'y a aucune contre-indication à l'emploi du lait, du nücléinate ou de la tuberculine (sauf la tuberculose en évolution pour cette dernière).

La rémission ou l'amélioration une fois obtenue, on fera chaque année 2-3 séries de piqûres de bismuth, de stovarsol ou de tryparsamide qui, employés seuls, ne nous ont pas donné beaucoup d'améliorations, mais peuvent servir pour maintenir les résultats acquis.

A l'occasion de la visite de l'asile clinique, j'ai mis sous les yeux du Congrès les graphiques-types des principaux cas de P. G. traitées par la leucopyretothérapie.

Ils sont groupés par catégories :

A. Tuberculinothérapie (80 cas).

B. Lactoprotéino et nucléinothérapie (22 cas).

C. Malariathérapie (103 cas).

D. Recurrenthérapie (30 cas).

Total des cas traités : 235. Moyenne générale de rémission : 33 0/0. Sortis depuis plusieurs mois : 10 0/0 (ictus final en cours de rémission : 8).

Dans les rémissions les plus nettes, la viscosité sanguine s'abaisse au-dessous de 4, l'hémoglobinométrie tombe au-dessous de 80, il y a lymphocytose moindre, neutrophilie plus faible ; la monocytose et l'éosinopénie se rapprochent de la normale.

Les réactions biologiques du sang et du liquide rachidien aussi.

La floculation est moindre, le Wassermann, l'albuminose, la lymphocytose s'atténuent quelquefois ; plus souvent, les réactions au benjoin et à l'élixir parigorique sont moins accentuées.

Si on ne guérit pas la P. G., on peut la stabiliser par la leucopyrétothérapie. Plus tôt on la traite, mieux on peut la stabiliser ; les formes préparalytiques n'étant pas sûrement diagnosticables, on risque de tomber sur le coup de l'objection d'une erreur de diagnostic. Il en arrive de même quand on présente un P. G. amélioré au point d'avoir obtenu régression des signes cliniques ou biologiques.

Néanmoins, l'abstention thérapeutique ne saurait prévaloir, les rémissions étant 3 fois plus nombreuses par la leucopyrétothérapie que si l'on abandonne le P. G. à lui-même et à ses chances de rémission spontanée ; que si l'ictus final ne le frappe pas moins parfois debout, en cours de rémission, cela vaut encore mieux que l'ictus en fin de cachexie, après gâtisme prolongé.

Utilité de l'étude de la psychologie des indigènes pour les médecins, officiers, administrateurs coloniaux ; nécessité d'une collaboration étroite en ce qui concerne les actes administratifs et militaires et pour le dépistage des anomalies mentales.

Par MM.

JUDE
Médecin principal de 2e classe
Professeur du Val-de-Grâce

AUGAGNEUR
Médecin Major de 2e classe
des troupes coloniales

Les pertes considérables éprouvées par l'armée française pendant la guerre, la diminution de la natalité, la réduction du temps du service actif, la nécessité d'organiser, de protéger, de défendre notre domaine colonial, rendront nécessaire de plus en plus l'utilisation des indigènes.

Ces derniers appartenant à des races diverses (bien qu'habitants du même pays), races ayant leurs coutumes, leurs religions, leurs organisations sociales, composent une véritable mosaïque :

Par exemple, à Madagascar, nous trouvons 22 races différentes ; en Afrique Equatoriale 52...

Il y a des différences physiques considérables entre habitants d'un même pays (types allant de l'arabe pur au noir) ; des différences de religion (de l'Islam au fétichisme) ; des différences de mœurs et de tempéraments (certains individus indolents et d'intelligence moyenne, les autres travailleurs et commerçants, d'autres enfin nomades et guerriers).

Mais, si nous notons de telles dissemblances, nous pouvons retrouver des sentiments identiques.

C'est ainsi que l'indigène, en général, a un sens inné, profond, de la justice simple, élémentaire, et tel acte, telle réprimande injustifiée pour un fait minime, qui nous apparaîtra sans aucune importance, prendra dans son esprit une allure d'injustice de la plus haute gravité. Dans le cerveau du primitif ou de l'indigène plus évolué, la réaction sera prompte

et violente et se traduira immédiatement par des actes qui nous apparaîtront disproportionnés avec la cause initiale. Par contre, tel acte, tel geste, telle parole, qui nous apparaissent comme étant d'une importance capitale, retiendront à peine son attention.

Comment étudier l'indigène ?

La connaissance de sa mentalité est affaire d'expérience...

« L'officier appelé à commander des contingents noirs ne peut ignorer certaines ascendances, certaines consanguinités ou haines de races..., contingences où se tient souvent le secret d'une bonne adaptation d'un chef européen à sa troupe ; il y a nécessité à ce qu'il connaisse tous les ressorts par lesquels il peut agir sur son moral et sur sa formation humaine. C'est en somme *d'un problème de psychologie historique* qu'il s'agit, d'autant plus malaisé à résoudre qu'il a pour champ des individus de races singulièrement différentes de la nôtre par leur formation dans l'espace et dans le temps. » (1).

La mentalité des individus appartenant à des races inférieures, dit Lévy-Bruhl, est « prélogique et mystique » ; elle ne peut être connue que par la méthode objective, et non pas par introspection. Cette mentalité explique en partie le prestige considérable de nos médecins qui, guérissant des maladies (dues, pour l'indigène, à des causes surnaturelles), se montrent ainsi capables de faire échec à des puissances mystérieuses.

Bien que Lévy-Bruhl raisonne au sujet de populations inférieures à des degrés divers aux indigènes que nous employons, et dont certains sont déjà très civilisés et fort intelligents, ces données sont intéressantes à noter.

Cette étude psychologique de l'indigène
est-elle une pure spéculation ?

Deux exemples laisseront entrevoir son utilité pratique et son importance de tout premier ordre.

Exemple individuel :

Un tirailleur sénégalais tue d'un coup de fusil un sous-officier qui l'a traité de « nègre », alors que, bien que noir, il est musulman et de descendance arabe.

---

(1) Extrait d'un rapport du général Mangin.

Exemple collectif :

Une troupe indigène, recrutée et encadrée sur place par des officiers, médecins, sous-officiers, parlant la langue, connaissant les mœurs du pays, forme une véritable famille, qui peut être expatriée très loin en bloc. Par contre, des indigènes recrutés isolément, ou même par petits groupes, embarqués seuls ou avec des gradés inconnus, vers des pays lointains où ils trouveront d'autres chefs inconnus, s'acclimateront difficilement, et nous verrons apparaître souvent chez eux des états nostalgiques, dépressifs, un ralentissement de la nutrition et de l'activité des défenses organiques, préparant le terrain pour les affections physiques et mentales.

L'importance de cette étude n'a pas été méconnue.

Nous possédions avant la guerre des cadres d'armée coloniale admirables, ayant appris à connaître sur place la langue et les mœurs des indigènes. Ils ont été durement éprouvés par la guerre.

Pour pallier à l'insuffisance actuelle des cadres spécialisés, l'Etat-Major a publié une très intéressante petite brochure intitulée : « Manuel élémentaire à l'usage des officiers et sous-officiers appelés à commander des indigènes Nord-Africains dans la métropole » (1).

Conclusion et desiderata

1° Les cadres coloniaux, et tout particulièrement les administrateurs, officiers et médecins, doivent avoir une connaissance approfondie de la mentalité des indigènes et de leur langue.

2° Il faut sélectionner rigoureusement, au point de vue physique et mental, les Européens envoyés aux colonies.

3° Importance de l'examen des indigènes relevant de la psychiatrie pour éliminer les anormaux aussitôt que possible, et, au point de vue médico-légal, pour déterminer si les sujets ayant commis des délits doivent être tenus comme responsables ou considérés comme des mentaux.

4° Nécessité d'organiser pour les cadres coloniaux un enseignement psychologique et psychiatrique. Ces conditions sont

(1) Paris, Imprimerie Nationale.

en voie de réalisation par l'instruction neuropsychiatrique donnée dans les écoles de Lyon et de Bordeaux et les écoles d'application du Val-de-Grâce et de Marseille, les stages de spécialisations, les cours de psychiatrie élémentaire pour les non-médecins et l'organisation d'études ethnologiques qui devront être une base de cet enseignement.

La publication par l'Etat-Major du manuel plus haut cité est une heureuse initiative.

***

N. B. — Cette communication était complètement rédigée lorsque nous avons appris ceci :

« Sur l'avis du Conseil Supérieur de la Défense Nationale, M. le Président du Conseil, à la date du 5 avril 1925, a donné des instructions aux Départements ministériels intéressés, pour que :

. . . .

« IV. — En ce qui concerne l'éducation des administrateurs et officiers coloniaux en matière d'hygiène et de prophylaxie coloniale,

« Il soit procédé à :

« l'organisation de cours spéciaux à l'école d'application du Service de Santé des Troupes coloniales de Marseille pour les administrateurs sortant de l'Ecole et, dans cette vue, affectation de ces derniers à des unités coloniales de la garnison de Marseille pendant la durée de leur service militaire ;

« la participation, à tour de rôle, dans la mesure du possible, des jeunes officiers coloniaux à des stages d'information analogues, organisés à l'Ecole d'application du Service de Santé des troupes Coloniales de Marseille. »

Dans ces stages, croyons-nous, seront données justement les notions d'hygiène morale et physique et de psychologie exotique dont nous parlions plus haut.

Nous ne pouvons donc que nous réjouir de cette décision.

Sur un traitement alimentaire de l'épilepsie.
La cure sucrée

Par M. Stanislas Wladyczko,
Professeur de neurologie à l'Université de Wilno

Nous savons bien que l'hypoglycémie peut déterminer des convulsions chez l'homme, ainsi que chez certains animaux. D'autre part, j'ai constaté que pendant la période de pénurie de sucre dans certaines contrées, en Russie, le nombre des cas de l'épilepsie avait augmenté et que, chez les malades atteints d'épilepsie depuis longtemps, les crises devinrent plus fréquentes. En dehors de cela, on avait observé dans cette période que la tendance aux spasmes des muscles était répandue chez les individus jusque-là tout à fait indemnes, du moment où ils cessaient d'absorber le sucre. Dans ces cas-là, on pouvait constater la coïncidence de la super-réflectivité musculaire, avec la consommation diminuée du sucre, ou bien avec la suppression totale de cet aliment. Et, au contraire, le retour à la consommation du sucre diminuait ou atténuait certains symptômes maladifs et en supprimait d'autres.

Il nous semble nécessaire de rappeler maintenant que plusieurs auteurs avaient déjà examiné chez les épileptiques la teneur du sang en sucre, mais ils n'avaient pas obtenu des résultats identiques : les uns avaient constaté l'hyperglycémie, les autres l'hypoglycémie d'autres encore glycémie dans les limites normales.

Or, en prenant en considération ces résultats si différents, nous voyons qu'il était déjà question d'hypoglycémie chez certains épileptiques.

J. Retinger, professeur de chimie physiologique à l'Univer-

sité de Wilno, put constater chez une de mes malades épileptiques une hypoglycémie très prononcée (environ 50 pour cent de la quantité normale) immédiatement avant la crise convulsive, et ce fut le professeur Retinger qui m'incita à profiter des déviations de la glycorégulation chez les épileptiques, aux fins de la thérapeutique respective.

Or, il arrive des cas d'épilepsie essentielle où se produisent des troubles de la glycorégulation, dont l'expression chimique serait l'hypoglycémie, et dont l'expression visible clinique serait la crise épileptique. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous sommes dans l'impossibilité d'incriminer avec toute la précision voulue les déviations des fonctions glycorégulatrices de tel ou tel système, de tel organe dans les cas en question. Il semble qu'il existe, à l'état normal, une sorte d'équilibre entre les deux influences contraires — une influence hyperglycémiante du système thyro-hypophyso-surrénalien et une action hypoglycémiante du pancréas (Mauriac et Aubertin). Mais quel est en réalité le rôle joué dans les cas en question par chacun de ces deux systèmes, par des centres nerveux glycorégulateurs, par le système vago-sympathique, etc., etc. ? Cette question est encore en pleine évolution. C'est pourquoi je ne m'efforce point d'expliquer ce trouble de la fonction glycorégulatrice, mais je constate seulement que l'hypoglycémie, plus ou moins prononcée, a lieu parfois dans certains cas d'épilepsie essentielle et que l'hypoglycémie est susceptible de provoquer chez eux l'apparition des crises convulsives.

Par conséquent, dans chaque cas particulier d'épilepsie essentielle dont les manifestations se soustraient à la médication antiépileptique en usage, nous faisons examiner la teneur du sang en sucre à jeun, ainsi que, conformément à l'avis du prof. J. Retinger, l'épreuve de tolérance pour le glycose (l'épreuve d'hyperglycémie provoquée au glycose), qui consiste, comme nous le savons, à mesurer l'hyperglycémie. Celle-ci se produit après l'ingestion à jeun d'une certaine quantité de glycose. Nous établissons ensuite la courbe de cette hyperglycémie provoquée, avec ses périodes d'ascension et de descente. En examinant cette courbe, il faut prendre en considération les données suivantes.

Glycémie à jeun, durée d'ascension, flèche d'hyperglycémie (hyperglycémie maxima), durée de la descente, enfin, confor-

mément à la proposition de Marcel Labbé (1), le triangle d'hyperglycémie, ou la surface du triangle d'après la formule $S = \frac{HT}{2}$.

Il n'est pas possible, à l'heure actuelle d'énumérer tous les types de la déviation de la courbe d'hyperglycémie provoquée par l'ingestion de glycose, en confrontation de celle chez les sujets normaux, parce que ces recherches ne se trouvent qu'en voie d'études. Aussi bien qu'il y a diverses formes cliniques d'épilepsie, autant on peut trouver des courbes variées.

Néanmoins, j'ai constaté chez certains épileptiques les singularités suivantes de la courbe de tolérance :

a) la période de descente commence plus tôt chez le malade que chez le sujet normal — ce qui nous permet de supposer que l'action hyperglycémiante est augmentée dans ce cas.

b) Cette courbe présente dans certains cas de l'épilepsie une ligne brisée à plusieurs angles (une courbe pluriangulaire) — ce qui pourrait être l'expression d'oscillations plus accentuées de l'action glycorégulatrice.

Les examens du sang ci-dessus peuvent nous donner les éventualités suivantes :

a) la glycémie à jeun et l'épreuve de tolérance pour le glycose sont normales. Dans ce cas, il ne saurait être question d'appliquer la cure sucrée.

b) Le premier examen à jeun démontre l'hypoglémie.

c) La glycémie à jeun est normale ou même augmentée, mais l'épreuve de tolérance pour le glycose démontre par contre une activité hyperglycémiante accrue.

Il est donc bien entendu que, dans les deuxième et troisième cas, il peut être question de l'application de la cure sucrée.

Le glycose peut être administré par 4 voies :

1. Par la voie veineuse — en injections intraveineuses de 100 à 1.000 centimètres cubes de solution glycosée à 10 p. 100.

---

(1) Voir : Marcel Labbé. — L'épreuve d'hyperglycémie provoquée. Son application à la clinique. *Annales de Médecine*, 1925, t. XVII, N° 2, pp. 116-133. Dans cet œuvre on peut trouver toutes les indications concernant la question de l'hyperglycémie provoquée.

Le glycose doit être chimiquement pur, solution stérilisée, tiède ; le résultat de ce procédé dépend beaucoup de la rapidité de l'injection ; débit de l'injection doit être lent.

2. Par la voie rectale — en lavements ou en instillations rectales de 1.000 à 2.000 centimètres cubes de solution glycosée à 5 pour 100.

On peut administrer aussi le glycose en injections sous-cutanées.

Pour parer à la possibilité d'une crise convulsive pendant les manipulations ci-dessus, je préfère appliquer cette cure par la voie buccale. J'applique le glycose de 50 à 100 grammes, et même davantage, dissous dans de l'eau (on peut y ajouter du jus de citron) ou le sucre en nature 200 grammes et même plus par jour.

Afin de varier la cure sucrée on peut administrer des aliments contenant beaucoup de sucre, par exemple, confitures, sirop d'orange, jus d'orange, sirop de citron de 50-75-100-150 gr. par jour et même plus (on peut y ajouter 5-30-50 gr. du sucre), figues sèches, dattes, etc.

La cure sucrée doit être appliquée au malade simultanément avec son traitement habituel (luminal, brom, etc.).

Il arrive que dans certains cas d'épilepsie essentielle la cure sucrée appliquée seule produit les résultats positifs.

La cure doit être conduite en contrôlant périodiquement le sang et les urines. Le dosage, ainsi que la durée de la cure sucrée, dépend de l'état du malade.

Dans tous les cas il est indiqué d'interrompre la cure sucrée de temps en temps à peu près pour 2 ou 3 semaines et même davantage et cela individuellement, relativement aux résultats des examens du sang, des urines et de l'état général.

La question de la cure sucrée chez les épileptiques hypoglycémiques et les variations de la fonction glycorégulatrice dans l'épilepsie, se trouvent encore en voie de recherches. D'une part, le professeur I. Retinger poursuit ses recherches à l'aide d'un matériel plus ample sur les troubles de la fonction glycorégulatrice chez les épileptiques. D'autre part je tiens à continuer mes observations au point de vue thérapeutique sur une plus vaste échelle.

Entre temps, en appliquant la cure sucrée chez les épileptiques hypoglicémiques dans le courant de l'année je

n'ai jamais constaté des résultats nocifs, en revanche dans la pluralité des cas (80 0/0) une amélioration appréciable : la tension de la crise sensiblement diminuée, les crises mêmes beaucoup moins fréquentes, dans 8 cas les crises devinrent très rares, une fois en 3-4-5 mois, quand avant la cure sucrée, elles se produisaient : dans 1 cas presque chaque jour, chez 2 malades 2-3 fois par semaine, chez 5 autres 3-4 fois par mois. Les cas précités appartiennent tous a l'épilepsie essentielle.

Pour expliquer les résultats satisfaisants de la cure sucrée chez les épileptiques hypoglycémiques, les suppositions suivantes pourraient être prises en considération :

A. Si le sang pauvre en sucre peut irriter les centres nerveux et par cela même provoquer des convulsions, il est de toute évidence qu'en enrichissant ce sang par la cure sucrée nous écartons la possibilité de la provocation de ces crises.

B. La question est de savoir si la cure sucrée, en supprimant l'hypoglycémie, ne renforce pas, en même temps, l'action des médicaments habituellement administrés dans le traitement de l'épilepsie (luminal, brom, etc.), de même que l'influence du sucre en général sur l'action des médicaments.

C. Si nous considérons la crise épileptique convulsive dans certains cas comme un choc anaphylactique ou protéique, il est très probable que la cure sucrée peut être utile en s'opposant aux phénomènes d'anaphylaxie.

La méthode en question est, bien entendu, auxiliaire, pour ainsi dire symptomatique. Nous ne possédons pas de statistique des épileptiques hypoglycémiques, nous ignorons la genèse de l'hypoglycémie, le dosage déterminé de la cure sucrée n'existe point.

Si réellement l'hypoglycémie exerce son influence dans la provocation des crises épileptiques et si, le rôle joué par elle dans certains aspects d'épilepsie peut être vérifié, il serait utile d'appliquer au malade, outre la cure sucrée, soit simultanément avec celle-ci soit sans elle, des produits des glandes à sécrétion interne : adrénaline, par exemple, qui dans les cas d'hypoglycémie, occasionnée par l'emploi excessif de l'insuline, peut rendre des services appréciables.

Vu la pénurie des moyens dont dispose la science médicale dans le domaine du traitement de l'épilepsie essentielle, chaque méthode qui pourrait même pour une faible part soulager les malades devrait être prise en considération.

CONCLUSIONS

I. Il arrive des cas d'épilepsie ou on peut constater l'hypoglycémie.

II. L'hypoglycémie selon toute possibilité contribue à la provocation des crises convulsives.

III. Il est donc indiqué d'essayer la cure sucrée dans tous les cas d'hypoglycémie chez les épileptiques.

IV. Enfin, il faut tâcher de profiter des produits des glandes à sécrétion interne qui pourraient, le cas échéant, être employés dans la médication des épileptiques hypoglycémiques.

Où et comment l'on doit traiter et assister les psychopathes

Par M. le Dr Rayneau

Directeur-médecin de l'Etablissement psychothérapique du Loiret

---

L'asile forteresse avec ses murs impénétrables, ses grilles et ses sauts de loups doit disparaître pour devenir la maison de cure pour Psychopathes, *l'hôpital village* dont tous les pavillons disséminés dans la verdure auraient chacun une distribution appropriée aux différents malades qu'ils doivent recevoir.

Le titre d'asile d'aliénés si pénible aux familles, si désespérant par lui-même, si faux également parce qu'il ne s'applique qu'à une certaine catégorie de malades doit céder sa place à celui d'hôpital Psychiatrique ou Etablissement Psychothérapique qui est mieux encore.

L'hôpital pour Psychopathes doit être largement ouvert.

A Fleury-les-Aubrais, les familles pénètrent dans tous les quartiers non seulement aux jours de visite, mais dès qu'une maladie grave réclame leur présence au chevet de leurs parents ; elles constatent que les malades y sont bien tenus et assistés par des infirmiers corrects et bienveillants et que tout est mis en œuvre pour rendre le séjour moins pénible. Ces libertés sont fort appréciées.

L'isolement précoce s'impose pour le plus grand nombre des Psychopathes.

A ceux qui comprennent la nécessité de se soigner, il faut permettre de réaliser cet isolement le plus rapidement possible, sans formalités tracassières, même s'ils sont indigents. Ils seront reçus sur leur simple demande après avoir acquitté leur pension ou produit un certificat d'indigence.

D'autres refusent de se soigner bien que leur état l'exige. C'est à la famille qu'il incombe de les placer et d'assumer la responsabilité de leur séquestration. C'est le placement volon-

taire de la loi de 1838 qui devrait être la règle, même pour les indigents.

Le placement d'Office ne jouera que pour les malades dangereux pour la sécurité publique, en l'absence de famille ou si la famille refuse la collocation.

Donc, placement libre pour tous les gens qui consentent à se soigner, les mesures de la loi de 1838 n'intervenant que vis-à-vis des protestataires ou des dangereux.

Ne sait-on pas que ce sont précisément les enquêtes administratives et policières qui effraient les familles et les empêchent de recourir à une hospitalisation précoce qui, bien souvent, eut pû sauver leurs malades.

Nous avons pu réaliser à Fleury, après de nombreux incidents, le placement volontaire pour indigents.

Le placement libre existe pour les pensionnaires depuis 1913, mais il a subi diverses vicissitudes.

J'avais demandé en 1909, au moment de l'élaboration du projet, l'affectation de deux pavillons à des malades de régime commun admis en cure libre, mais je n'ai pas osé parler d'indigents, tellement cela était contraire aux idées admises. Dès l'ouverture de l'Etablissement, en 1913, j'ai donc commencé à admettre des pensionnaires de cure libre mais en assez petite quantité. La guerre nous a obligé à créer un centre de psychiatrie militaire et à recevoir de nombreux réfugiés d'autres asiles. Je n'ai donc pu continuer à réserver exclusivement ces deux pavillons, dits pour neurasthéniques, aux malades en cure libre auxquels ils étaient uniquement destinés.

Avec l'agrément de la Préfecture et de la Commission de Surveillance, en raison des circonstances exceptionnelles, j'ai donc mélangé mes psychopathes en cure libre avec mes pensionnaires tranquilles soumis à la loi de 1838.

J'ai opéré ainsi plusieurs années sans inconvénient. Je réhabilitais ainsi l'asile d'aliénés qui devenait pour le public un véritable hôpital de traitement.

Les psychopathes libres ainsi traités ont proclamé au dehors, une fois guéris, que ceux que l'on qualifie d'aliénés ne diffèrent guère des névropathes et qu'ils méritent tout autant qu'eux de bénéficier largement de la liberté. Mais on était en opposition avec le règlement et j'ai dû cesser cette pratique.

Je déplore donc de ne pouvoir encore montrer que nos

placements libres comportent aussi bien des indigents que des pensionnaires, mais l'idée est en marche et elle fera son chemin.. Pourquoi un malade en cure libre ne pourrait-il pas vivre dans un même pavillon qu'un malade placé par mesure administrative. Ce qui importe avant tout, c'est qu'il ne soit pas en contact avec des malades dont l'état pourrait avoir un fâcheux retentissement sur sa santé, mais c'est là une précaution dont le médecin doit être le seul juge. Ne maintient-on pas côte à côte dans une salle d'hôpital un individu jouissant de ses droits civiques et un autre ayant un casier judiciaire ou sous le coup de poursuites ?

Des médecins estiment que les malades en cure libre ne peuvent être que dans un hôpital, l'asile ne s'appliquant qu'aux aliénés dangereux, malpropres et incurables.

A cela je m'oppose vigoureusement :

1° parce qu'il n'est pas si facile de différencier les psychopathes,

2° parce que les services hospitaliers ne sont point installés pour ce genre de malades.

A ces malades il faut des hôpitaux à pavillons multiples où ils bénéficieront largement de la campagne, de l'air et de la lumière sous la direction de médecins résidents et compétents ; ils doivent pouvoir trouver dans les hôpitaux des occupations en rapport avec leurs aptitudes, être réadaptés au travail dans des ateliers au grand air. Des moniteurs de culture physique nous paraissent indispensables pour les pensionnaires qui restent généralement trop inoccupés.

Il faut donc transformer les asiles en hôpitaux psychiatriques et réclamer une meilleure adaptation des textes législatifs à la cure rationnelle des psychopathes.

C'est, à mon avis, la meilleure façon de lutter contre les préjugés qui s'attachent à nos établissements et contre la méfiance dont on nous entoure.

Des modalités de l'internement au dispensaire de prophylaxie mentale

Par le Dr Roger Dupouy (de Paris)

Parmi les psychopathes qui viennent consulter au Dispensaire ou qui sont hospitalisés dans le service de Prophylaxie Mentale, un certain nombre doivent être l'objet d'un placement à l'asile en raison de leur état d'agitation, de démence, de délire, ou de leurs réactions dangereuses soit pour eux-mêmes soit pour autrui. Les motifs et les modalités mêmes de l'internement sont assez différents cliniquement ou administrativement pour mériter quelque développement.

I. Aliénés refusés par le bureau d'admission

Il nous arrive assez souvent de recevoir à la consultation du dispensaire des malades venus à l'asile en vue de leur internement et que l'Admission refuse parce qu'une des formalités administratives n'est pas remplie : le certificat est périmé ou n'est pas suffisamment concluant ; la signature du médecin n'est pas légalisée ; le malade se présente seul ou n'a pas son domicile de secours dans le département ; ceux qui l'accompagnent n'ont pas les pièces d'identité exigées par la loi ou ne peuvent prouver l'existence, pourtant réelle, du domicile de secours nécessaire pour effectuer un placement volontaire.

L'auto-placement n'a pas été envisagé par la loi de 1838 et la demande d'admission constitue encore la pièce essentielle de l'internement à titre volontaire ; sans elle point de placement.Les pièces légales d'identité et de résidence sont pareillement indispensables pour permettre l'entrée administrative d'un aliéné à l'asile. Il est navrant de voir un grand agité, un paralytique général délirant, un excité maniaque, un alcoolique en plein accès de confusion hallucinatoire, refusés par le

service institué spécialement pour les recevoir. Cependant le fait existe ; et si la Prophylaxie Mentale n'était pas là pour les accueillir, les familles seraient dans l'obligation de les ramener à tous risques et périls pour aller chercher une pièce justificative oubliée ou demander au commissaire de police de leur quartier de faire procéder à un internement d'office et à l'envoi du malade à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

Quant au certificat médical, trop souvent je le reconnais mal rédigé et sans conclusions formelles, la loi dispense, en cas d'urgence, les chefs des établissements publics de l'exiger (art. 8). Seulement il est plus simple de renvoyer le malade. Un mélancolique anxieux avec idées actives de suicide était l'an dernier amené au Bureau d'admission un dimanche matin par sa famille ; son médecin l'accompagnait. Dans le bureau même celui-ci rédigeait sur papier timbré le certificat nécessaire, lequel fut refusé sous prétexte que la signature n'était pas légalisée. Légalisation impossible à obtenir un dimanche. Le malade fut alors présenté au service de Prophylaxie Mentale qui l'accueillit immédiatement sans difficultés et l'interna le lendemain.

II. Malades mentaux venant au dispensaire a fin d'internement

Le malade nous est spécialement amené pour être interné. C'est la famille qui nous le conduit spontanément, ou plus souvent sur le conseil de son médecin qui n'ose prendre la responsabilité du certificat.

Plusieurs éventualités se présentent :

a) l'aliénation mentale s'avère manifestement, le diagnostic est évident et le sujet en règle pour un placement volontaire. Le certificat nécessaire est aussitôt rédigé et remis. N'appartenant pas au personnel médical de l'asile, notre signature est valable et comme elle est connue des bureaux sa légalisation est inutile. L'internement est donc opéré avec le minimum de temps et de formalités.

b) le cas est douteux, soit que le diagnostic nosologique ne s'impose pas au premier et seul examen clinique, soit que la nécessité de l'internement immédiat puisse être discutée. Nous faisons alors entrer le malade, au besoin par

bon spécial d'urgence si les papiers administratifs ne sont pas en règle, dans le Service de Prophylaxie Mentale. Là se poursuit l'observation clinique aidée de toutes les recherches biologiques et humorales susceptibles d'éclairer le diagnostic (examen du sang, des urines, du L. C. R., recherche des réactions de B.-W., de floculation, du benjoin, de l'élixir parégorique ; dosage des albumines, du sucre, de la cholestérine ; prise du R. O. C. et du réflexe solaire avec courbe graphique, etc...). Des tests psychologiques, portant principalement sur la mémoire et l'attention nous fournissent également de précieux renseignements pour évaluer le degré de confusion mentale ou d'affaiblissement intellectuel. Enfin sont pratiqués tous les examens spécialisés, ophtalmoscopique, oto-rhino-laryngé, gynécologique ou chirurgical, etc..., qui peuvent apporter en certains cas des données précieuses séméiologiques ou thérapeutiques. Suivant les résultats de l'isolement *en service libre* et de la thérapeutique appropriée immédiatement appliquée, l'internement est ultérieurement décidé et réalisé par nos soins ou, au contraire, définitivement écarté ; et nombreux sont les malades venus ainsi au dispensaire pour se faire interner, hâtivement et peut-être abusivement, qui sont accueillis comme à l'hôpital et sans plus de formalités légales dans le service de Prophylaxie, d'où ils ressortiront guéris et non entachés de la tare fatale, ne fût-ce qu'au point de vue psychologique personnel, du séjour à l'asile, « chez les fous ».

c) *Le placement d'office.* — Lorsque le placement volontaire est impossible en raison des exigences administratives (l'aliéné est étranger ; il n'a pas ou ne peut prouver son domicile de secours dans le département ; il ne possède pas en règle les pièces indispensables...), nous nous voyons contraint d'opérer un placement d'office, à la condition que l'état d'aliénation mentale du malade puisse être considéré comme de nature à compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, y compris la sienne propre (art. 18 de la loi de 1838). Nous procédons en ce cas comme un médecin des hôpitaux, avec plus d'aisance toutefois et plus de diligence. Le certificat médical, amplement circonstancié et formellement concluant, est immédiatement porté au Commissaire de police du quariter de la Santé, habitué à cette opération ; un réquisitoire nous est retourné aux termes duquel le sujet désigné doit être interné à l'asile Ste-Anne (art. 19 de la loi

de 1838). Le malade est donc aussitôt envoyé à l'Admission. Le certificat du médecin de ce service, rédigé le lendemain, sert de base à l'arrêté préfectoral de placement d'office. Comme précédemment le placement volontaire, l'internement par voie d'office d'un aliéné dangereux est opéré dans le minimum de temps et avec le minimum de formalités et de risques.

III. L'internement n'est pas demandé mais nous le conseillons

Venu simplement consulter, ou admis en traitement dans le service libre, le malade se révèle à l'examen immédiat, ou après un temps suffisamment prolongé d'observation, un aliéné internable. Le Service de prophylaxie mentale pourvoit à son internement comme précédemment. Toutefois, si la famille s'oppose à cette mesure, et que nous ne jugions point devoir passer outre à cette opposition, en raison de réactions manifestement dangereuses pour la sécurité publique, nous lui rendons son malade contre décharge : la famille déclare par écrit requérir la sortie de son parent malgré l'avis opposé du médecin, s'engage à veiller sur lui et à le faire traiter ainsi qu'il convient, à assumer toute la responsabilité des incidents ou accidents qui pourraient survenir.

IV. L'internement n'est pas demandé mais nous l'imposons

D'emblée, après notre examen au dispensaire, ou bien plutôt à la suite de l'observation prolongée dans le service libre, contrôlée encore si besoin par une enquête de son assistante sociale, le psychopathe est reconnu nettement dangereux pour l'ordre public ou la sûreté des personnes. L'entourage cependant, pour des raisons quelconques, ne veut pas signer de demande d'admission à l'asile et refuse par conséquent le placement volontaire, ou bien le malade, hospitalisé de plein gré, réclame brusquement sa sortie, devient protestataire si l'on essaie de le retenir, ne veut pas attendre la venue de parents ou d'amis convoqués pour effectuer son placement volontaire ; en pareils cas, nous procédons à un internement d'office, ainsi que nous l'avons plus haut exposé. Nous main-

tenons le malade contre son gré jusqu'à remise par le Commissaire de police du réquisitoire demandé et le faisons alors passer à l'Admission. Notre conduite, ce faisant, est exactement pareille, nous le répétons, à celle du médecin d'hôpital qui constate, lors de sa visite, la présence dans ses salles d'un aliéné manifestant des impulsions dangereuses pour lui-même ou pour autrui.

V. Le certificat a domicile

Il arrive parfois enfin que la famille d'un aliéné s'adresse au dispensaire pour obtenir que soit visité à domicile un malade qu'elle ne peut réussir à lui amener en raison de ses réactions, claustration volontaire et irréductible, opposition énergique d'un persécuté lucide, impulsions dangereuses de l'aliéné à l'égard des siens, etc... Un médecin du dispensaire se rend alors au domicile indiqué et juge sur place de la décision à prendre. Il fait, avec son consentement, conduire le malade dans le service libre, ou bien remet à la famille un certificat permettant son placement volontaire, ou encore rédige un certificat concluant à l'internement d'office, que le commissaire de police du quartier réalisera par son envoi à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police. S'il n'y a pas d'urgence et que le psychopathe visité refuse de se laisser hospitaliser, la tâche délicate du médecin du dispensaire sera grandement facilitée par l'enquête directe, immédiate et continue du service social, par la collaboration si dévouée de nos assistantes, dont l'influence morale est considérable chez de tels malades, et dont le rôle est en conséquence particulièrement précieux pour notre œuvre de prophylaxie mentale.

Ce rapide exposé permet de comprendre tout l'intérêt qu'il y a de posséder, aux portes mêmes de l'asile d'aliénés, un dispensaire et un service ouvert organisés pour l'examen immédiat d'un psychopathe consultant, pour son observation détaillée et prolongée après hospitalisation, pour la réception momentanée d'un agité dont le placement volontaire est légalement impossible et son maintien jusqu'à l'obtention du réquisitoire à fin de placement d'office, en un mot pour le dépistage des aliénés et la pratique de leur internement, lequel peut comporter, nous l'avons vu, diverses modalités.

La consultation des états délirants au dispensaire de prophylaxie mentale

Par le Dr J. Capgras

Chargé tous les samedis, depuis le mois de juin 1922, d'une consultation spéciale au Dispensaire de Prophylaxie mentale, j'ai constaté que nombre de délirants chroniques vivent librement dans la société sans compromettre l'ordre public ni la sûreté des personnes. Ils viennent au Dispensaire soit spontanément, soit plutôt sur le conseil de leur médecin ou de leurs proches. J'en recevais deux ou trois par semaine au début ; ils sont beaucoup plus rares maintenant.

Je ne saurais énumérer tous les cas observés, n'ayant pu en dresser la statistique. J'ai vu surtout de petits persécutés, des mélancoliques, des hypocondriaques, mais j'ai vu aussi de grands délires, hallucinatoires ou interprétatifs.

Ma consultation fut, pour ainsi dire, inaugurée par un Délire à deux qui évoluait chez un couple de vieillards depuis quelques années, à l'insu de l'entourage. La femme, âgée d'une soixantaine d'années, avait une hallucinose chronique : visions d'animaux, de têtes grimaçantes, de flammes ; cris, chants, injures, secousses électriques. L'homme, un artério-scléreux, plus vieux qu'elle de neuf ans, longtemps inquiet mais incrédule. finit par se convaincre que sa femme était un médium, et construisit un Délire de persécution, exclusivement interprétatif, mais dont la matière était empruntée aux hallucinations du conjoint. Ces deux vieillards me consultèrent plusieurs fois ; je m'assurai, par des conversations prolongées et des enquêtes à domicile qu'ils étaient inoffensifs, et je ne crus pas nécessaire de leur imposer une séparation plus cruelle à leur âge que la poursuite de leurs chimères.

Je vois aussi quelquefois un halluciné que j'ai fait réformer pendant la guerre ; son délire mystique, systématisé depuis 1911, ne l'empêcha pas d'être deux fois condamné

pour désertion. Actuellement les hallucinations, liées à un appoint alcoolique, ont disparu ; les idées de persécution et les idées mystiques se sont atténuées. Totalement inoffensif, il emploie les loisirs que lui laisse sa profession de représentant de commerce à demander, sans grand acharnement, sa réhabilitation, et surtout à publier des inventions touchant l'utilisation des marées et du vent, la lutte contre les inondations, etc.

De ces psychoses chroniques, la plus fréquente parmi celles qui restent longtemps compatibles avec la vie libre me paraît être le Délire d'influence, et notamment le Délire spirite. J'en ai observé plusieurs cas ; je n'en citerai qu'un.

Un journalier alcoolique de 65 ans exerce son métier malgré un délire des plus actifs depuis 26 ans. En 1898, après la mort de sa femme, il s'adonne au spiritisme et à la boisson. Un soir, à la sortie du cimetière, il entend la voix de sa femme lui dire : « Ne pleure pas, je serai toujours avec toi » et le surlendemain : « Je ne suis pas morte. » Quelques jours après, il trouva sa femme dans son lit et, désormais, elle revint tous les soirs de 9 à 10 heures, l'heure des hallucinations oniriques, bien vivante et bien palpable. Ce fut une seconde lune de miel, meilleure que la première. Dans la journée, sa femme le conseillait et le dirigeait comme autrefois. Il eut le tort de conter ces merveilles au curé. Celui-ci le crut possédé du démon et l'engagea à se confesser et à communier. Dès lors, sa femme se transforma en crocodile, en serpent, en chien. La voix devint intérieure, le gênant dans son estomac, dans sa gorge, le faisant parler malgré lui ou même aboyer ; une puissance fluidique s'empara de ses membres. Récemment, nouveau changement : sa femme est devenue la Vierge Marie.

⁂

Quels sont le traitement et les décisions prises vis-à-vis de ces malades ?

La pharmacopée ne joue point ici le principal rôle. Son action ne saurait se comparer à celle de la conversation au Dispensaire, instrument de psychothérapie très simple et très efficace. Presque tous ces malades, hommes et femmes, éprouvent le besoin d'exposer leurs doléances ; ils cherchent vainement autour d'eux un auditeur complaisant ; on les

repousse, on les raille, on les irrite. Trouvent-ils un confident qui les écoute patiemment, les voilà contents et calmés pour quelque temps. Mais encore faut-il les comprendre ! Les uns désirent qu'on les détrompe, qu'on les rassure ; les autres aiment discuter, ergoter, raisonner ; certains quêtent simplement une approbation entière, la moindre objection les indispose ; leur confession terminée, ils sortent satisfaits.

L'observation de ces délirants libres a permis de vérifier ce que l'on savait déjà depuis longtemps : le comportement de l'halluciné comme de l'interprétateur ou du revendicateur tient à son caractère plus qu'à son délire. De petits persécutés impulsifs sont beaucoup plus dangereux que de grands hallucinés euphoriques. Ce n'est pas l'activité des interprétations ou des troubles sensoriels, ce n'est même pas l'absurdité des idées, le degré de conviction ou de systématisation qui commande la décision médicale, c'est le degré d'exaltation, d'irritabilité, de chicane, ce sont les tendances coléreuses, impulsives, agressives, la propension aux actes de vengeance et de violence, bref, c'est l'insociabilité. La recherche de ce degré d'insociabilité a donc une importance capitale et réclame une attention prolongée ; elle n'est pas toujours possible même par un long examen. Souvent, en pareil cas, il faut aiguiller le malade de la consultation vers le service de Prophylaxie, où une observation de quelques semaines permet de décider soit le retour à la vie libre, soit l'internement.

Il est des psychoses pour lesquelles le doute ne se pose pas. Un persécuté qui a des intentions homicides, un mystique docile à ses hallucinations impératives, un dément paranoïde incapable de se diriger, un anxieux poussé au suicide passent immédiatement à l'Asile d'aliénés. Beaucoup plus nombreux sont les cas où l'on doit s'abstraire de toute doctrine pour prendre la détermination la plus favorable au malade et à la société, même si les conceptions délirantes qu'il expose semblent amplement suffisantes pour justifier un internement.

On a dit, il est vrai, que tous les psychopathes sont virtuellement dangereux et devraient être internés. Mais ces protagonistes de l'internement seraient fort embarrassés eux-mêmes, dans certains cas, où cependant le danger s'affirme ouvertement. Je veux parler de l'idée de suicide, car elle soulève en effet un problème difficile.

Le spleen, par exemple, cette variété de mélancolie qui se

manifeste par le dégoût de la vie à l'exclusion de tout autre symptôme dépressif, le plus souvent dans les classes les plus fortunées, le traitera-t-on dans un établissement soumis au régime de 1838 ?

L'an dernier vint à ma consultation un ménage d'instituteurs. La femme, sociologue de 25 ans, me tint froidement ce langage : « Je viens ici, non pour vous consulter, je ne suis pas malade, mais pour céder à un désir de mon mari. Depuis dix ans, j'ai décidé de disparaître à l'heure qui me conviendra, parce que le néant vaut mieux que la vie. J'ai fait connaître mes intentions à mon fiancé, et il a juré de ne pas les entraver. J'ai ce monde en horreur. J'y reste uniquement pour ne pas affliger ma famille ; mais rien ne m'empêchera de me tuer un jour ; c'est le droit de tout être libre. » Cette orgueilleuse négatrice du vouloir-vivre n'acceptait aucune objection ; à peine marqua-t-elle une courte hésitation quand, lui rappelant les lois du déterminisme, je souris de son illusion d'avoir son libre-arbitre et lui soutins que sa raison restait subordonnée à son affectivité. Fallait-il l'interner ? Je ne l'ai pas pensé, encore que cette sorte de spleen dogmatique parût impressionner singulièrement le mari, et je suis convaincu qu'aucun médecin n'aurait agi différemment. Je l'engageai simplement à ne pas oublier le chemin du Dispensaire, mais je ne l'ai jamais revue.

Le suicide, même réalisé, ne suffit pas davantage à légitimer un diagnostic d'aliénation mentale, lorsqu'il se produit à l'occasion d'un désespoir transitoire ou d'une colère fugitive. Voici une jeune femme qui, délaissée par son mari, organise rapidement un petit délire interprétatif de jalousie et de persécution, puis se tire un coup de revolver dans l'oreille. Après quelques semaines de soins hospitaliers, elle entre dans le service de Prophylaxie, où je l'examine plusieurs fois, et je découvre qu'elle a présenté, non pas un Délire d'interprétation, mais un état passionnel de courte durée, avec erreurs de jugement rectifiées après coup. Séparée de son mari, elle vit aujourd'hui tranquillement et raisonnablement chez sa mère. Il est certain que, sans l'examen du Dispensaire, cette femme aurait été internée longtemps.

Ces consultations exposent, on le conçoit, à des risques, malgré toutes les précautions dont on a soin de s'entourer. Nul n'est infaillible ; nous avons eu à déplorer un événement grave : le suicide d'une psychasthénique persécutée ; elle

s'asphyxia dans sa cuisine, cinq mois après sa sortie du service où elle avait été mise en observation, et alors qu'elle paraissait très améliorée. Mais pareil accident n'aurait-il pas pu se produire même si la malade avait été traitée dans un service fermé ?

En réalité, trois ans d'expérience permettent d'affirmer que la Consultation des états délirants a fait ses preuves. Par son développement, en étroite union avec le Service libre, elle arriverait à transformer, pour ainsi dire, une grande ville en une vaste colonie familiale où le persécuté, aussitôt dépisté, ne serait point abandonné à ses instincts ou à ses craintes, ni à l'aveuglement ou à l'ignorance de son milieu. Dès maintenant, pour peu qu'il soit vaguement conscient de son état morbide — et c'est malheureusement trop rare — il vient consulter des spécialistes qui savent le comprendre et le calmer ; il y revient, il suit les prescriptions qu'on lui donne ; il se sent protégé, et ce sentiment est déjà un gros palliatif à ses souffrances ; soulagé, pendant quelque temps, il se remet au travail. Devient-il, au contraire, plus soupçonneux, paraît-il peu enclin à suivre les conseils médicaux, cesse-t-il de consulter, le service social de Prophylaxie ne le perd pas de vue : des visiteuses s'enquièrent discrètement de sa conduite et rédigent des rapports qui, par leur précision objective, éclairent le pronostic et fixent la décision à prendre. Approche-t-il de la période agressive, on le signale à la Préfecture de police, qui ajoute sa propre surveillance à celle du Service d'Hygiène mentale. Enfin, le moment venu, on procède soit à une observation prolongée dans le service libre, soit à un placement à l'Asile. Il peut arriver que ce placement s'impose dès la première consultation, laquelle fait alors œuvre de préservation sociale, avant même la police qui n'intervient d'habitude qu'après un scandale ou un acte de violence. Plus souvent, la consultation apaise le délire ou décèle son inocuité. Par suite, elle éloigne ou supprime l'internement. En maintenant libre dans son milieu un sujet inoffensif, malgré ses idées fixes, et apte au travail, elle augmente son rendement social et diminue les frais d'assistance.

La pratique de la psychothérapie au dispensaire d'hygiène mentale

Par le Docteur Maurice Mignard (de Paris)

Dès l'année 1922, le Docteur E. Toulouse voulut bien établir et me confier, au Dispensaire d'Hygiène Mentale, des séances de Psychothérapie. Peu après, le Docteur E. Minkowski, dont vous connaissez les intéressants travaux de Psychologie pathologique, m'apportait son précieux concours. Les consultations de Psychothérapie du Dispensaire d'Hygiène Mentale étaient constituées, telles qu'elles fonctionnent actuellement. Dans le cours de l'année 1924, à nos consultations du mercredi après-midi, 486 séances de traitement individuel ont été données, et 130 nouveaux malades traités.

Une des moindres originalités du Dispensaire d'Hygiène Mentale de la rue Cabanis n'est peut-être pas de posséder un service spécial de Psychothérapie. Et cependant, la Psychothérapie nous vient d'une lointaine antiquité. Elle fut sans doute, sous d'autres noms, la contemporaine des premières sociétés humaines, comme elle sera celle des dernières. Mais elle a subi, dans les milieux psychiatriques modernes, une éclipse de quelque durée, aux temps héroïques de l'anatomisme. Cette éclipse, sans doute, était imméritée, car, quoi que l'on pense de leur nature, les rapports du physique et du moral sont réciproques. L'action morale, comme l'action physique, doit donc avoir une certaine influence sur l'équilibre organo-psychique. Du reste, la psychothérapie avait bien repris une certaine vogue dans le cours de ces dernières années, mais sous la forme presque exclusive de la psychanalyse des élèves de Freud. Or, la psychanalyse freudienne n'est qu'une part, extrêmement développée, et peut-être systématiquement déformée, du premier temps de toute bonne psychothérapie : l'investigation psychologique. Il faut ensuite user de la sédation morale, de la régulation de l'activité, de la réorganisation de l'existence, dernier point sur lequel insiste à bon droit Pierre Janet. Il faut suggérer les idées bienfaisantes, dériver l'activité mentale loin des habitudes

morbides et, pour finir, arriver à l'indispensable sublimation. Comme le pense justement le Dr Minkowski, il est essentiel de travailler à rétablir le contact affectif entre le psychopathe et son milieu. Pour cela, beaucoup de temps est nécessaire, et c'est précisément ce qui souvent nous manque un peu. Nous recevons surtout à la consultation des obsédés, des inquiets, des hypocondriaques ; mais nous y voyons aussi des exaltés, quelques délirants au début de leurs troubles et des petits schizophrènes. Quelques-uns, sans doute, se découragent avant que soit obtenu le moindre résultat ; d'autres aussi, quoi qu'on en dise, reprennent vite le cours de leur vie normale.

Mais beaucoup reviennent souvent, et parfois longtemps, parce que l'amélioration réalisée les encourage et que, d'autre part, ils sentent le besoin de la développer et de la soutenir.

D'autres arrivent à vivre au dehors, à la condition de venir chercher régulièrement au Dispensaire l'apaisement, la consolation, la direction, et surtout le réconfort moral qui leur sont indispensables.

Discussion

M. René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine). — Je voudrais souligner l'intérêt de la communication de M. Mignard, communication qui fait suite à une série de travaux qu'il a publiés sur le même sujet et, en quelque sorte, les résume. Je voudrais aussi rappeler que la psychothérapie systématique, qu'il s'agisse de la psychothérapie freudienne ou de toute autre, est loin d'être le seul mode psychothérapique. Ce n'est pas même le plus fréquemment indiqué.

Dans un grand nombre de cas, la psychothérapie, que l'on pourrait appeler indirecte, est d'une utilisation plus facile et plus efficace. On ne saurait trop recommander aux médecins qui adressent un malade au psychothérapeute d'éviter de déclarer préalablement à ce malade qu'ils l'adressent à un spécialiste dans un but de psychothérapie. Le spécialiste ne pourra qu'être gêné par cette déclaration. Et le malade ne trouvera pas toujours ce qu'il s'imagine. La situation sera tout autre quand le malade, adressé au spécialiste pour être examiné et soigné, sera amené progressivement par lui à la psychothérapie. Dans la plupart des cas, la meilleure psychothérapie est celle qui se laisse ignorer.

Les alcooliques au dispensaire d'hygiène mentale

Par le Dr Roger Mignot

Je me propose d'exposer brièvement devant vous le rôle du Dispensaire d'Hygiène Mentale au point de vue du traitement de l'alcoolisme et de la prophylaxie de ses conséqunces. J'ajouterai quelques-uns des renseignements qu'il a fourni sur la démographie de cette intoxication à Paris.

De juin 1922 à janvier 1925, 275 alcooliques sont passés par le dispensaire ; ils représentent seulement 3,5 p. 100 de sa clientèle. La proportion est faible, puisque 13 p. 100 des aliénés de la Seine étaient internés à la même époque par suite d'alcoolisme mental. Ceci démontre une fois de plus que l'alcoolique est trop souvent un malade qui s'ignore ou qui refuse de se soigner. J'ai fait la même constatation à la Ligue Nationale contre l'Alcoolisme, où j'assure le service d'une consultation.

Sur ces 275 alcooliques, il y avait 211 hommes et 64 femmes ; soit environ 1 femme pour 3 hommes. Cette proportion, comparable à celle qui existe chez les alcooliques internés, indique une progression de l'alcoolisme mental féminin. Dans les années qui précédaient la guerre, on comptait environ 5 hommes pour une femme.

Des observations prises au dispensaire, il résulte qu'à l'heure actuelle, à Paris, le vin est la boisson habituellement responsable de l'intoxication. Relativement peu nombreux étaient les sujets qui associaient à son abus celui des boissons distillées (26, dont 18 h. et 8 f.) ou des apéritifs (40, dont 35 h. et 5 f.). J'ai fait la même observation à la Ligue antialcoolique... Je sais combien il faut, en général, faire peu crédit aux déclarations des toxicomanes, mais je suis porté à croire que, dans le milieu où j'observe, certains sujets présentent des signes d'intoxication grave avec des doses relativement faibles de vin (un litre par jour). L'abus du vin

blanc était habituellement en cause dans les formes les plus redoutables de l'acoolisme mental.

J'ai été frappé de la rareté des troubles viscéraux graves chez les buveurs atteints de troubles mentaux aigus : l'insuffisance hépatique transitoire est habituelle, mais j'ai compté seulement un cas de néphrite chronique et trois cas de cirrhose. Là apparaît bien le rôle de la prédisposition individuelle dans les déterminations morbides.

L'hérédité similaire existe dans 22 p. 100 des cas, et l'hérédité psychopathique est aussi fréquente que dans les autres maladies mentales (66 p. 100).

Il me paraît utile d'indiquer la nature et l'importance numérique relative des troubles qui ont amené les alcooliques au dispensaire : dans 6 p. 100 des cas, il s'agissait de manifestations névropathiques légères (névralgies, myalgies, parésies, tremblements). Chez 36 p. 100, il existait des troubles cérébraux atténués permettant encore une activité compatible avec la vie sociale : insomnie, cauchemars, états neurasthéniformes, dépression mélancolique, excitation pseudomaniaque, troubles de l'humeur, du caractère, de la conduite. L'alcoolisme dans ses formes oniriques, confusionnelles hallusinatoires, délirantes et nécessitant la séparation du milieu habituel a été constaté chez 34 p. 100. Enfin, 9 p. 100 présentaient un affaiblissement intellectuel secondaire, véritable démence sociale du fait de l'inaptitude à tout travail régulier et à toute vie familiale ; quelques-uns avaient commis des délits ou avaient fait des séjours plus ou moins nombreux et alternés dans les prisons et les asiles. Tous ceux-là auraient eu besoin d'une assistance que nous ne sommes pas, en France, en mesure de leur donner sous une forme véritablement adaptée à leur état ; la plupart ont été dirigés par nous sur la Maison départementale de Nanterre.

A côté de ces formes communes de l'alcoolisme mental, nous avons observé le syndrome paralytique, 3 p. 100, le syndrôme de Korsakoff, 4 p. 100, la dipsomanie pure, 4 p. 100. Des accidents épileptiques, associés généralement aux formes aiguës de l'alcoolisme existaient dans 12 p. 100 des cas. Cette proportion peut surprendre depuis la suppression de l'absinthe ; l'abus du vin blanc m'a paru responsable de ces accidents dans la majorité des cas.

A tous ces alcooliques le dispensaire d'hygiène mentale a donné les soins nécessaires et il a pris contre leurs réactions

éventuelles les mesures de prophylaxie compatibles avec l'état actuel de l'assistance et de la législation.

Les alcooliques conscients et désireux de guérir trouvent assurément dans tous les hôpitaux les soins et les conseils médicaux dont ils ont besoin ; mais on sait combien il est nécessaire d'exercer sur les buveurs une influence morale, directe, personnelle et continue. Cette action ne peut avoir son plein effet que dans un consultation spécialisée. Il sera d'ailleurs nécessaire, dès que les moyens matériels le permettront, de prolonger l'influence médicale par l'intervention du service social : tout alcoolique venu à la consultation devrait être suivi et surveillé à domicile. Jusqu'à présent, cela a été fait seulement pour les buveurs ayant séjourné dans le service ou bien encore dans un but de prophylaxie sociale quand il s'agissait de déterminer les mesures à prendre vis-à-vis d'alcooliques réputés dangereux.

Les buveurs atteints de troubles mentaux nettement caractérisés ont été, selon la gravité de leur état, admis d'urgence au dispensaire ou placés dans un asile d'aliénés.

Vingt-cinq p. 100 (68) de ces alcooliques (44 h. et 24 f.) ont été ainsi hospitalisés dans le service. La plupart y sont restés deux ou trois semaines, c'est-à-dire le temps strictement nécessaire pour éviter les réactions générales plus ou moins graves, immédiatement à craindre en pareil cas. Au moment de leur admission ces buveurs n'étaient pas justiciables de l'internement et d'autre part ils n'auraient pas été admis dans les hôpitaux ordinaires. Vis-à-vis de ces sujets en imminence de *delirium tremens* ou déjà atteints d'une forme légère de l'alcoolisme aigu, le dispensaire a paré au plus pressé en les séparant de leur milieu et en soignant les manifestations morbides du moment.

Vingt-quatre p. 100 (66) des alcooliques (49 h. et 17 f.), dont 15 0/0 (41) avaient été déjà internés antérieurement, ont été reconnus suffisamment malades pour être dirigés sur un asile d'aliénés par placement volontaire ou placement d'office.

Nous ne nous dissimulons pas les lacunes de notre intervention en ce qui concerne la thérapeutique de l'alcoolisme : la durée du séjour au dispensaire est généralement trop courte et les conditions matérielles du traitement dans les asiles d'aliénés sont trop défectueuses — en ce qui concerne les alcooliques — pour qu'on puisse obtenir la

guérison définitive de la majorité d'entre eux. Mais ceci résulte de ce que nous sommes toujours privés en France des asiles spéciaux indispensables pour la cure des buveurs et de ce que la Loi qui autoriserait leur maintien dans ces asiles pendant le temps nécessaire, n'existe pas encore.

Par contre, au point de vue de la prophylaxie sociale, l'organisation du dispensaire d'Hygiène Mentale permet d'empêcher le développement des conséquences immédiates si souvent néfastes de l'alcoolisme. Grâce à lui avant toute réaction nuisible ou dangereuse les alcooliques peuvent être placés dans les conditions qu'autorise l'état actuel de l'assistance en France.

La consultation pour enfants au dispensaire de prophylaxie mentale

Par M. Roubinovitch (de Paris)

Continuant dans un sens à la fois clinique et social, l'œuvre commencée en 1879 à Bicêtre par mon illustre prédécesseur Bourneville, j'ai établi, d'abord dans mon service de Bicêtre, et depuis juin 1922, dans le *Dispensaire de Prophylaxie Mentale* fondé et dirigé par mon collègue et ami le Dr Toulouse, une *consultation de neuro-psychiatrie infantile.*

Dès l'ouverture du Dispensaire, cette consultation fonctionne régulièrement deux fois par semaine, le jeudi matin et le samedi après-midi.

A cette consultation, s'observent toutes les formes cliniques, toutes les variétés possibles, organiques et fonctionnelles des maladies du système nerveux des enfants. De plus en plus, les parents, les éducateurs, les magistrats, les pédiatres envoient à cette consultation des cas de neuro-psychiatrie infantile depuis l'âge le plus tendre (1 an, 18 mois) jusqu'à l'adolescence la plus avancée. Que dis-je ? On y amène même les enfants tout à fait normaux — physiquement et intellectuellement — mais qui, se trouvant dans un milieu familial dangereux pour leur intelligence ou leur moralité, sont conduits à notre consultation dans le but de les préserver contre les périls d'une pareille atmosphère psychopathogène.

Quelle meilleure preuve, quel argument plus solide peut-on avancer pour démontrer la confiance que le grand public de Paris, et je peux dire, le public de beaucoup de départements de France, accordent au Dispensaire de Prophylaxie Mentale ?

A cette consultation les enfants sont examinés cliniquement et soumis, ainsi que leurs parents, chaque fois que cela est possible, à des examens biologiques dans les laboratoires annexes au Dispensaire. Les diagnostics sont portés

sur chaque cas de pathologie mentale ou nerveuse. Et à chaque cas nous essayons de donner la solution la plus favorable à l'assistance, à l'éducation, au traitement de l'enfant examiné.

Aujourd'hui, je désire me limiter à quelques considérations d'ordre général concernant ma consultation.

Et d'abord, quelques données de statistique.

En 1923, j'ai examiné 630 enfants sur lesquels 358 cas nouveaux, les autres étant suivis par nous depuis 1922.

En 1924, le nombre d'enfants examinés a été de 910 dont 427 nouveaux.

Sur ce nombre, beaucoup, la plupart, ont pu être traités en dehors des asiles spéciaux :

Ainsi, en 1923, sur les 630 examinés, 541 se sont trouvés dans ce cas ; les autres, au nombre de 96, ont été internés : 89 par placement volontaire et 7 par placement d'office.

En 1924, 761 enfants sur les 910 examinés ont pu être traités en dehors des asiles d'aliénés ; nous n'avons interné que 149 dont 116 par placement volontaire et 33 par placement d'office.

Déjà, ces chiffres démontrent deux faits tout à fait importants : le premier, c'est que le nombre d'enfants conduits à notre consultation du dispensaire va en augmentant d'année en année ; l'autre fait est qu'on nous amène de plus en plus et en nombre très considérable, des enfants dont l'affection nerveuse ou mentale ne nécessite pas l'internement, mais exige quand même un traitement, une éducation, une assistance et une surveillance, en dehors de toute mesure d'internement dans des asiles spéciaux.

D'autre part, notre organisation sociale en matière d'assistance pour enfants nerveux ou arriérés perfectibles étant encore très défectueuse et très insuffisante, nous sommes souvent obligés par les circonstances d'interner des enfants dans des asiles spéciaux, par absence d'autres établissements mieux appropriés à leur cas. Et ce mouvement d'internement par rapport aux internements pratiqués dans l'ensemble du Dispensaire s'accentue également d'année en année.

Ainsi, en 1922, le Dispensaire a opéré l'internement dans 221 cas adultes et enfants ; sur ce nombre, les enfants ont fait l'objet de cette mesure 33 fois, c'est-à-dire, dans la proportion de 14,93 0/0.

En 1923 : sur 601 internements, les enfants sont au nombre de 103, c'est-à-dire dans la proportion de 17,13 0/0.

La proportion est de 19,22 0/0 en 1924, car sur 718 internements, 138 concernent des enfants. Enfin, au cours du 1er trimestre de 1925 sur 200 internements décidés dans le Dispensaire, on compte 40 concernant des enfants ; la proportion est de 20 0/0.

Mais l'indication principale de ces données statistiques est la différence énorme entre, d'une part, le nombre de cas nécessitant, pour des raisons diverses, et pas toujours cliniquement et socialement justiciables, l'internement volontaire ou d'office des enfants ; d'autre part, le nombre de ceux à qui cette mesure est inapplicable. En moyenne, nous sommes conduits à pratiquer l'internement dans la proportion de 15 à 20 pour cent sur la totalité de nos consultants infantiles ou juvéniles. Pour les autres 80 à 85 pour cent, nous devons trouver des solutions différentes.

Ici, à propos de ces cas d'enfants que nous internons, nous devons remarquer que nous le faisons le plus souvent à contre-cœur. Certes, il y a des cas où cette mesure s'impose comme une nécessité de sauvegarde sociale : il en est ainsi, quand il s'agit d'enfants atteints d'imbécilité, d'idiotie, d'épilepsie, de perversions instinctives, de folie morale, de démence précoce avec réactions dangereuses de cruauté, de destruction, d'incendie, etc., etc. Mais des cas aussi graves sont rares.

Ce qui nous répugne le plus, c'est d'interner des sujets atteints de syndrômes déficients ou psychopathiques améliorables, perfectibles, comme certains arriérés instables, mal équilibrés, apathiques ou post-encéphalitiques tous susceptibles, après un traitement et un régime médico-pédagogiques appropriés, d'être orientés vers un travail socialement utile. Et ce sont justement des enfants de ce genre qui constituent l'immense majorité de nos consultants du Dispensaire. Et si nous sommes souvent obligés, par l'exigence et l'indigence des familles, à les interner, c'est parce que nous ne pouvons les placer ni dans des services *ouverts* encore inexistants pour enfants, ni dans des écoles ou des internats de perfectionnement, encore trop peu nombreux.

Que faisons-nous pour les 80 à 85 pour cent de nos consultants que nous n'internons pas ?

Dans une proportion de 40 à 45 pour cent nous les traitons avec le concours de leurs parents en les laissant chez eux. Les arriérés retardés dans le développement de leur parole, de leur motilité ou pédagogiquement : les instables ;

les enfants pithiatiques ; quelques comitiaux à vertiges et même à crises rares ; les myoxœdémateux, sont soumis au Dispensaire aux divers traitements suggérés par les résultats des examens biologiques et l'examen somatique des organes. Le concours des assistantes sociales permet de surveiller les enfants, de les recommander à la sollicitude spéciale de leurs professeurs dans les écoles, d'exercer une certaine action sur les parents eux-mêms dans la manière d'élever, de nourrir, de diriger leurs enfants.

Chaque fois que nous le pouvons, nous conseillons le placement des enfants, garçons ou filles, dont le retard intellectuel ne dépasse pas 2 ou 3 ans, à la section de perfectionnement d'Asnières, seul internat pédagogique départemental existant dans la Seine et fonctionnant conformément à la loi du 15 avril 1909 sur l'éducation des enfants arriérés et instables perfectibles. Nous adressons aussi des enfants à l'établissement d'Yvetot dans la Seine-Inférieure ou à celui de Fleury-les-Aubrais (Loiret), quand ils ne sont pas originaires de la Seine.

Malheureusement, des établissements de ce genre sont rares. Ceux qui existent sont archi-pleins et refusent, faute de place, des nouveaux venus.

La loi du 15 avril 1909 étant facultative, les départements ne jugent pas utile de s'imposer la charge de la création de classes, d'écoles et d'internats pour les enfants arriérés ou instables perfectibles. Nous ne cessons, depuis de longues années, de faire voter par des Ligues, comme celle de l'Hygiène Mentale, des Sociétés savantes et des Congrès médicaux divers, des vœux tendant à rendre cette loi *obligatoire*. Jusqu'à présent, nous n'avons encore rien obtenu...

Des œuvres de *Patronage* des enfants et des jeunes gens, comme celles créées par M. le juge Rollet, vice-président du Tribunal pour Enfants, et cette autre, dirigée par M. Etienne Matter, reçoivent également un contingent important de garçons et de filles examinés par nous au Dispensaire.

Vient aussi à notre aide, dans certains cas spéciaux, l'*Œuvre du Sauvetage de l'Enfance*, à laquelle m'attache une collaboration déjà très ancienne... C'est comme consultant de cette fondation de Jules Simon que j'ai pu appliquer la loi du 24 juillet 1889, avec ses art. 17 et 19, pour tirer des enfants normaux d'un milieu dangereux pour leur intelligence et leur sens moral. Sur 521 cas actuellement confiés à cette œuvre, j'ai transplanté sept enfants dont les parents

étaient des aliénés et des déséquilibrés avérés, et qui exerçaient sur la mentalité de leurs enfants une influence psychopathogène certaine. Dernièrement, j'ai observé un cas analogue au Dispensaire de Prophylaxie mentale, et j'ai pu soustraire une fillette de 10 ans à l'emprise mentale d'une mère atteinte depuis de longues années d'un délire de persécution avec idées mélancoliques évoluant sur un terrain d'éthylisme chronique.

A côté de cette transplantation familiale destinée à sauver les intelligences infantiles, nous conseillons, d'accord avec MM. Marie, Rodiet et Dupouy, le placement de nos arriérés perfectibles dans des familles de cultivateurs. Et nous sommes convaincus que la *création de colonies familiales* libres pour enfants déficients curables, rendra à ces derniers, comme à la Société, les services les plus utiles...

En résumé, Messieurs, cette consultation neuropsychiatrique infantile a, comme je l'ai dit au début, un double objectif, à la fois clinique et social... Et pour que son action prospère dans ces deux sens, il faut :

1. moderniser nos moyens d'assistance aux enfants arriérés et nerveux, en créant pour eux des *services ouverts ;*
2. rendre *obligatoire* la loi du 15 avril 1909, de façon à ce que chaque département puisse faire élever correctement ses arriérés perfectibles dans des classes, écoles ou internats appropriés ;
3. subventionner efficacement les œuvres de patronage des enfants et jeunes gens, afin de faciliter leur mission de rééducation et de réadaptation sociale ;
4. d'étendre dans la pratique l'application de la loi du 24 juillet 1889 sur les enfants en danger moral, en y comprenant les cas de *danger intellectuel,* résultant de l'influence nocive qu'exercent les parents psychopathes sur leurs enfants mentalement normaux... et obtenir, dans l'intérêt de ces derniers, leur *transplantation familiale ;*
5. créer des colonies familiales départementales libres avec classes spéciales et apprentissage agricole...

Notre consultation pour enfants au Dispensaire de Prophylaxie mentale a fonctionné jusqu'à présent, et espère fonctionner dans l'avenir, de plus en plus comme un des centres de neuro-psychiatrie infantile, où s'élaborent les directives d'une meilleure organisation en France de l'assistance et du traitement des maladies nerveuses et mentales des enfants.

La méthode de l'orientation professionnelle

Par M. J.-M. Lahy,
Chef du Laboratoire de Psychologie expérimentale au Service de Prophylaxie mentale

---

La plupart de ceux qui se sont occupés d'orientation professionnelle, pressés d'aboutir, ont employé des méthodes trop hâtives et, quelque effort qu'ils aient fait pour les dissimuler, leurs échecs n'en demeurent pas moins évidents.

Nous avons, quant à nous, préféré retarder les résultats et employer les méthodes plus lentes de la psychologie expérimentale, — c'est-à-dire poser les problèmes, les étudier et en préparer la solution — avant d'intervenir sur les enfants. En possession de premières données bien établies, nous avons pu accepter, en 1921, de prendre la direction de l'Office d'Orientation professionnelle de la Société « *l'Ecole à l'Atelier* ». Nous avons pu alors installer à l'école publique de la rue de Lesseps un centre d'application, dont on aperçoit aisément les relations avec le laboratoire de psychologie du Service de Prophylaxie Mentale.

Le principe sur lequel repose notre méthode est d'obtenir la collaboration active des industriels, de la famille, de l'école, du médecin et du psychologue, en vue de diriger les enfants vers les carrières pour lesquelles ils possèdent des aptitudes psycho-physiologiques.

Les Industriels. — Nous demandons aux industriels du quartier de Charonne, où se trouve l'école de la rue de Lesseps, de nous fournir des renseignements :

a) sur les professions qui ressortissent de leurs industries ;

b) sur les conditions économiques de ces professions : salaires de début, durée de l'apprentissage, avenir ;

c) sur le nombre d'apprentis dont ils auront besoin à la fin de l'année scolaire.

Nous les prions, en outre, de nous tenir au courant des progrès accomplis et du travail effectué par les jeunes

apprentis que nous avons orientés et dont ils ont pris la charge.

Ajoutons que c'est grâce aux dons pécuniaires des industriels que nous avons pu assurer au début le fonctionnement de l'Office, en attendant que le Conseil général de la Seine nous ait accordé la petite subvention actuellement nécessaire à l'existence de l'œuvre.

L'Ecole. — Il serait vain de penser pouvoir se passer du concours des instituteurs pour orienter les écoliers. Personnellement, nous nous félicitons d'avoir sollicité leur aide, qui nous a toujours été aussi utile que dévouée (1).

Les instituteurs remplissent une fiche dite « fiche scolaire », qui a pour objet de nous fournir des renseignements sur la manière dont se comportent les enfants, tant en classe qu'aux récréations et, dans la mesure du possible, dans leurs familles (2).

Le but que remplit cette fiche est double :

1° Nous faire connaître le rendement scolaire de l'enfant ;

2° Nous faire pénétrer dans sa psychologie particulière, afin d'y adapter notre expérimentation psychologique et l'examen médical.

L'examen médical. — Le moins qu'on puisse demander au médecin, c'est de nous fournir les contre-indications de chaque profession, en fonction de l'état de santé de l'enfant. Nous avons donc établi une fiche médicale type, en prenant pour point de départ de l'examen les maladies professionnelles éventuelles (3).

Nous nous sommes efforcé, en outre, en établissant cette fiche, de garantir le secret professionnel du médecin.

Mais la tâche du médecin dans l'orientation professionnelle doit-elle se limiter à ces contre-indications ? Au contraire, ne doit-elle pas nous éclairer sur l'évolution si obscure de

---

(1) J.-M. Lahy. — L'école, le laboratoire et le marché de la main-d'œuvre. *C. R. de la IIe Conférence internationale de psychotechnique appliquée à l'orientation professionnelle.* Barcelone, 1921, pp. 184-187.

(2) La fiche scolaire que nous utilisons se trouve publiée dans notre rapport sur « l'Education professionnelle au point de vue de l'Hygiène sociale ». *C. R. du Congrès international d'Hygiène sociale*, Paris, 1923, pp. 99 à 111.

(3) J.-M. Lahy. — La fiche médicale de contre-indication. *C. R. de la IIIe Conférence internationale de psychotechnique appliquée à l'orientation professionnelle.* Milan, 1922, pp. 31 à 38.

Cf. : *La formation professionnelle*, 30 avril 1923, pp. 255-258 ; et *Le Concours médical*, 1922, pp. 2305-2310.

l'enfant au moment de la puberté ? Certes, nos tests psychologiques nous permettent de révéler chez certains les tares mentales ou psychomotrices, et par là nous mettent en garde contre les espérances mal fondées, mais nous ne pouvons déterminer sans le secours du psychiâtre les troubles du caractère, l'importance et la profondeur des névropathies naissantes.

Aussi, lorsque le Dr Heuyer a bien voulu nous apporter sa collaboration, la fiche médicale de contre-indication a pris une tout autre valeur, car, grâce au grand sens clinique du Dr Heuyer, ce furent des indications positives que nous pûmes tirer de l'examen médical. Par lui, en effet, on doit réaliser l'examen psychiâtrique de l'enfant, qui permet d'apprécier les qualités de son intelligence et de son caractère et, par cette double connaissance, évaluer le rendement professionnel et social de l'enfant.

Le *Laboratoire de psychologie,* avec ses méthodes précises de mesure, nous permet d'établir le *profil psychologique* (1) de chaque enfant en rapport avec les aptitudes nécessaires à l'exercice d'une profession.

Le Service de Prophylaxie Mentale mettant à la disposition du Comité de l'*Ecole à l'Atelier* un personnel de techniciens avisés, nous avons pu confier l'application des tests mentaux à notre assistante, Mlle Weinberg, et celle des tests moteurs à notre assistant, M. Alfred Fessard.

La famille apporte aussi sa part d'indications utiles, soit que l'instituteur qui les a recueillies les consigne au début de la fiche scolaire, soit que nous les obtenions directement au cours de la conversation que nous avons avec le père ou la mère de l'enfant, durant une séance du « Conseil de Vocation ».

Le Conseil de Vocation est présidé par le Directeur de l'école, M. Bailly, assisté de l'instituteur chargé du cours complémentaire, M. Jacob. Tous deux ont été pour nous des collaborateurs précieux.

Le médecin et les psychologues complètent ce Conseil.

---

(1) J.-M. Lahy. — La psychologie expérimentale, base de l'orientation professionnelle. *Le Bulletin Médical,* mai 1922, pp. 438-441.

Son fonctionnement. — Les renseignements obtenus ainsi de diverses sources constituent le dossier de chaque enfant, que le Conseil de Vocation examine au moins deux fois par an : une première fois à Pâques, afin d'étudier le cas des enfants qui désirent entrer dans les écoles professionnelles et le cas de ceux qui, pour raison de fortune, ne peuvent continuer leurs études.

C'est en somme la discrimination des enfants bien doués que nous faisons à ce moment, tant pour récupérer les valeurs intellectuelles qui vont se perdre que pour signaler l'inutile encombrement des écoles par les non-valeurs, et pour déterminer la fragilité éventuelle des enfants bien doués.

Le Conseil se réunit une seconde fois avant la fin de l'année scolaire, au début de juillet, en vue d'orienter les enfants qui désirent entrer en apprentissage.

Nous ferons connaître très prochainement, dans un ouvrage que nous avons préparé en faisant l'expérience de la méthode que nous avons établie, tous les détails techniques qu'il y a lieu de rassembler pour réaliser une orientation professionnelle aussi rationnelle que le permet l'état actuel de nos connaissances biologiques.

Mais, en attendant, puisque nous avons l'honneur de nous adresser à une réunion aussi nombreuse de neurologistes et de psychiâtres, nous nous permettons d'attirer leur attention sur le rôle qu'ils peuvent et doivent remplir dans l'orientation professionnelle de la jeunesse. Nous leur demandons de prouver, par leur collaboration à cette œuvre, que le meilleur moyen de faire de la prophylaxie mentale, c'est de dépister — si je puis dire — les névropathies naissantes, dès l'école. Ils réaliseront, comme nous avons tenté de le faire à l'école de la rue de Lesseps, un classement préalable des valeurs sociales, qui permettra de mettre sous la protection et la surveillance de la société ceux qui seraient plus tard des éléments nocifs.

Quelques résultats de l'orientation professionnelle dans une école publique de la Ville de Paris (1)

Par MM. Heuyer et J.-M. Lahy (de Paris)

Le *Comité de l'Ecole à l'Atelier* a organisé, avec le concours du *Service de Prophylaxie mentale*, l'orientation professionnelle des enfants de l'école publique de la rue de Lesseps.

Au lieu de faire de l'orientation professionnelle « en nappe », c'est-à-dire sur de gros effectifs, avec des ressources réduites en personnel et en matériel, nous avons préféré faire de l'orientation professionnelle « en profondeur », c'est-à-dire en poussant aussi loin que possible l'examen de chaque enfant.

Les renseignements qui suivent se réfèrent à 89 enfants qui sont sortis de l'école pendant la période de juillet 1922 à juillet 1924. Sauf quelques enfants sortis de classe en cours d'année sans être conseillés, et qui constituent comme une population flottante à peu près insaisissable, ces 89 sujets forment tout l'effectif orientable.

Mais là ne s'est pas bornée notre œuvre. Nous avons voulu préparer l'orientation de l'avenir, faire par avance la sélection des bien doués, dépister les signes de morbidité précoce de tous les enfants de l'école, surtout en ce qui concerne leur fragilité mentale et nerveuse. Notre collaboration avec l'école a donc dépassé les limites ordinaires de l'orientation professionnelle : elle est étendue à une véritable sélection sociale. En effet, en préparant les dossiers sanitaires de nos enfants nous avons diagnostiqué les troubles qui rendent les jeunes gens inadaptables à la vie sociale, et qui font de certains d'éternels mineurs que la société aurait le devoir de suivre, d'encadrer et de soutenir.

---

(1) Le texte intégral de cette communication paraîtra dans le N° 2 de la *Prophylaxie Mentale*, Bulletin de la Ligue d'Hygiène mentale, 1, rue Cabanis, Paris.

Nous pensons que seule cette méthode d'orientation professionnelle, qui est nouvelle, est susceptible de rendre des services efficaces. S'il est relativement facile d'orienter des enfants normaux et bien doués, il en va tout autrement des instables, des mal doués, des déficients.

500 enfants de l'école de la rue de Lesseps ont donc été examinés au point de vue de l'intelligence générale, de l'attention, de la mémoire. Tous ceux d'entre eux — quel que soit leur âge — suspects de fragilité mentale ou nerveuse ont subi un examen approfondi, tant au point de vue clinique qu'au point de vue des méthodes de laboratoire : métabolisme basal, Wassermann, etc... Les examens biologiques ont été faits aux laboratoires du Service de Prophylaxie mentale.

Un certain nombre d'enfants qui ne figurent pas parmi les 89 orientés ont été, sur nos conseils, retirés de l'école pour suivre un traitement médical lorsqu'il y avait urgence.

Les 89 sujets se divisent en deux groupes : ceux que nous avons dirigés vers les professions manuelles et ceux que nous avons sélectionnés en vue de leur assurer une carrière plus conforme à leurs aptitudes mentales.

1° *Apprentis.* — Les offres d'emplois d'apprentis ont été beaucoup plus nombreuses que l'effectif des enfants à placer. Ces offres ont porté sur 20 professions.

Les élèves orientés et placés se répartissent ainsi :

Tourneurs, ajusteurs-mécaniciens : 28 — électriciens : 8 — menuisiers, ébénistes : 29 — sculpteurs sur bois : 2 — métreurs : 3 — dessinateurs industriels : 4 — mécanique de précision (optique) : 2.

Tous ces apprentis ont été effectivement suivis jusqu'à ce jour.

Quelques-uns ont changé d'usine, mais *aucun n'a changé de métier.* Ceux qui se déplacent recherchent de meilleurs salaires, car le gain horaire des apprentis varie dans la même profession. Il dépend souvent de la générosité du patron. C'est pourquoi quelques apprentis recherchent — d'eux-mêmes ou sur les conseils de leurs parents — les salaires les plus élevés, *sans changer de profession.*

Un certain nombre de ces apprentis sont devenus d'excellents ouvriers. L'un d'entre eux vient de partir — désigné par sa maison — avec des ingénieurs, en mission à Tahiti, pour y établir un poste puissant de T. S. F.

L'accord s'est toujours fait, au Conseil de Vocation, entre la famille et les orienteurs, sauf dans trois cas, qui sont d'ailleurs typiques.

L'élève Tho... a été placé par ses parents chez un imprimeur de leurs amis, malgré une sérieuse contre-indication médicale et psycho-technique. Il n'est resté que deux mois dans sa place, où il est tombé malade. Par la suite, il s'est conformé au conseil que nous lui avions donné en acceptant une place d'apprenti ferronnier, où il est encore.

L'élève Du..., placé par ses parents chez un pharmacien, malgré l'avis contraire du Conseil de Vocation, n'est resté que trois mois en place. Il est devenu aujourd'hui télégraphiste et a convenu avoir eu tort de ne pas suivre nos indications.

L'élève Bail... est un enfant agité, médiocre élève en classe avec des troubles du caractère. Nous avons jugé qu'il deviendrait un déchet social, inutilisable au point de vue professionnel, s'il n'était auparavant amendé par un traitement médical ou soumis à une formation médico-pédagogique. Effectivement, il a fait 5 places en moins d'un an. Il quitte les ateliers après une altercation avec un contremaître ou avec un ouvrier. De tels sujets devraient être soumis à une surveillance prophylactique.

2° *Enfants bien doués orientés vers une école supérieure ou professionnelle.* — Notre méthode d'orientation prévoit le redressement de certaines injustices, qui font d'ailleurs perdre à la société des hommes de valeur.C'est ainsi qu'ayant reconnu que certains enfants, destinés à entrer immédiatement en apprentissage, étaient intellectuellement bien doués, nous avons insisté auprès des parents pour qu'ils soient envoyés dans une école supérieure ou professionnelle. Le succès de ces enfants a justifié notre intervention.

Sur 13 enfants : 4 ont été envoyés à l'école supérieure Arago. Tous les 4 sont premiers de leurs sections. 1 a été envoyé à l'école professionnelle Boulle, où il est le second de sa promotion, 3 sont à l'école professionnelle Dorian, 3 à l'école professionelle Diderot, 2 à l'école supérieure de commerce de l'avenue de la République. Tous ces enfants donnent pleine satisfaction à leurs professeurs.

Nous ne parvenons pas toujours à sauver ainsi des enfants bien doués, car il arrive souvent que les parents ne peuvent

pas s'imposer les sacrifices de plusieurs années d'études. Le système des bourses est tout à fait inefficace et insuffisant.

(Travail du Laboratoire de Psychologie du Service de Prophylaxie mentale).

Discussion

M. Henri Claude (de Paris). — La nécessité du dépistage des enfants anormaux au point de vue de l'orientation professionnelle est un fait aujourd'hui reconnu. Il faut seulement arriver à faire diffuser suffisamment ces notions dans le grand public et surtout dans les milieux médicaux. Je peux annoncer que la Clinique Psychiatrique de la Faculté aura bientôt une annexe de neuro-psychiatrie infantile installée dans les locaux du Patronage de l'Enfance, où non seulement nous examinerons et traiterons les enfants anormaux, afin de leur donner une orientation judicieuse dans la vie, mais nous ferons aussi de l'enseignement, M. Heuyer, qui sera chargé de ce cours, enseignera aux élèves stagiaires, que la Faculté adresse à la Clinique des maladies mentales, les caractères principaux de cette prophylaxie psychiatrique infantile.

M. Bérillon. — Parmi les enfants auxquels leur insuffisance mentale, leur instabilité, leurs défectuosités et leurs défauts donnent l'allure d'anormaux, un très grand nombre ne sont que des faux anormaux.

Il arrive très fréquemment qu'après les interventions opératoires, destinées à remédier à l'obstruction des voies respiratoires, et en particulier après l'ablation des végétations adénoïdes, des arriérés très retardataires et dépourvus d'attention redeviennent des élèves non seulement normaux, mais même très bien doués. Les traitements opothérapiques, les médications spécifiques, les rééducations systématiques de l'attention, de la sensibilité, de la motricité, les rééducations sensorielles, les changements d'habitat et de régime aboutissent à des résultats souvent très frappants. Il y a également lieu de tenir compte de retards liés à des dispositions particulières à certaines races, chez lesquelles le développement est particulièrement ralenti.

On a, dans la discussion, mentionné la suggestibilité capable d'influencer l'orientation professionelle et à la suggestion du milieu. Mais on n'a pas indiqué l'utilisation de la suggestion médicale. Cependant, les Ecoles psychothérapiques de Paris et de Nancy nous ont dotés de techniques méthodiques, basées sur la suggestion hypnotique, dont les applications ne font plus l'objet de contradictions. Par elles, la guérison de l'onychophagie, le redressement des habitudes vicieuses, des impulsions anti-sociales, la neutralisation des réflexes d'opposition s'obtient facilement, ainsi que les défectuosités résultant de l'insuffisance du pouvoir de contrôle mental. Le pouvoir de direction de soi-même, ou *euphronie*, n'est pas inné. Il est résultat de l'éducation. Le fait d'une éducation défectueuse ne constitue qu'une anomalie accidentelle ou occasionnelle. Il y a donc lieu de tenir compte de la psychothérapie dans la question de l'orientation professionnelle des insuffisants ou des anormaux.

M. Lahy (de Paris). — Qu'il nous soit permis d'insister à nouveau sur les faits qui ont motivé notre communication. Nous avons fait une expérience qui a porté sur tout l'effectif d'une école publique de Paris. Chaque fois que l'accord s'est fait, au *Conseil d'Orientation*, entre les orienteurs et la famille, les résultats se sont montrés entièrement satisfaisants, puisque tous les enfants sont restés dans la profession choisie. Chaque fois que la famille n'a pas accepté notre conseil, elle a dû constater son erreur.

Notre sélection des bien doués s'est aussi montrée entièrement satisfaisante.

Enfin, la concordance entre les résultats des tests psychologiques et l'avis du psychiatre est un fait d'une extrême importance pour montrer la valeur de la méthode que nous avons adoptée.

Il s'agit, en effet, d'une méthode précise, dont on peut contrôler les résultats par les informations qui sont fournies par le *Comité de l'Ecole à l'Atelier,* qui suit tous ces enfants depuis leur sortie de l'Ecole.

Budget de la psychopathie

Par M. Lucchini

On le sait, on évalue à environ 100.000 le nombre des psychopathes de Paris et de la Seine. La plupart de ces malades travaillent, mais, ou bien ils interrompent leurs périodes de travail par des périodes plus ou moins longues de chômage volontaire, ou bien ils diminuent la durée journalière de leur travail, ou bien, travaillant un temps normal, ils donnent un rendement tout à fait inférieur. De là une perte considérable pour la société. Il est très difficile de chiffrer cette perte ; il faudrait, pour pouvoir le faire, étudier systématiquement, au point de vue du travail et du gain, tous les consultants du Service de Prophylaxie mentale. Malheureusement, beaucoup d'entre eux ou bien répondent très vaguement aux questions posées, ou bien donnent des réponses dont nous ne sommes pas en mesure de contrôler l'exactitude. Néanmoins, nous avons tenté un sondage dont voici les résultats :

Nous avons pris 100 malades au hasard, parmi ceux dont nous avons pu contrôler très précisément les réponses, en éliminant simplement au passage ceux qui, pour des raisons quelconques, ne pouvaient pas nous répondre.

Voici ce que nous avons constaté :

Sur ces 100 malades :

1° 20 d'entre eux ont cessé tout travail depuis plus d'un an, certains depuis 4 ans.

2° 38 d'entre eux ont cessé depuis une période allant de 8 jours à un an.

3° 24 autres ont vu leur capacité de travail diminuer considérablement, et leur gain diminuer proportionnellement.

4° Enfin, les 18 derniers ont bien vu leur capacité de travail diminuer mais, néanmoins, ont pu travailler jusqu'au jour où ils ont consulté et, grâce à un concours favorable de circonstances, n'ont pas vu leur gain diminuer.

On notera déjà la proportion énorme de ceux dont la capacité de travail a diminué : 82 contre 18. Ajoutons que s'il n'est pas prouvé que la capacité de travail des 18 derniers ait diminué, très vraisemblablement cette diminution existe ; leurs employeurs ne l'ont pas notée, voilà tout.

On notera aussi que 58 malades sur 100 ont cessé tout travail avant de venir consulter, beaucoup depuis plusieurs mois et 20 depuis plus d'un an.

Nous allons donner une série d'exemples, et l'on se rendra compte de la perte financière formidable qu'entraîne la psychopathie.

Premier groupe : (celui des malades qui, lorsqu'ils sont venus consulter ne travaillaient pas depuis plus d'un an).

A. V., 27 ans, psychasthénie. Manutentionnaire, 10 fr. par jour. Ne travaille plus depuis un an.

Perte .... 3.600 »

R. F., 61 ans. Morphinomane. Onirisme. Garçon de bureau. 2.400 fr. par an. Ne travaille plus depuis 4 ans.

Perte .... 9.600 »
(2.400 fr. par an)

B. R., 38 ans. Dépression mentale. Comptable. 7 à 800 fr. par mois. Ne travaille plus depuis un an.

Perte .... 9.000 »

C. A., 40 ans. Dépression mentale. Dactylo. 750 fr. par mois. Ne travaille plus depuis 2 ans.

Perte .... 18.000 »
(9.000 fr. par an)

On voit la perte considérable qui résulte des états psychopathiques ci-dessus. Il faut ajouter que, dans tous ces cas, les malades sont tombés à la charge de leurs proches, et que ceux-ci se sont trouvés gravement gênés dans leur vie sociale par ces charges nouvelles.

Même raisonnement pour les malades du second groupe, celui qui comprend les malades qui, lorsqu'ils sont venus consulter, ne travaillaient pas depuis une période allant de 8 jours à un an.

J. C., 41 ans. Céphalée. Vertiges. Alcoolisme. Ouvrier aux pièces, puis machiniste ambulant. 50 fr. par jour d'abord, puis 15 fr. par jour, puis cessation depuis 2 ans.
(A noter ici la chute en deux temps.)

Perte .... 10.800 »

Déjà nous avions noté chez les derniers des malades de ce groupe une diminution de la capacité ouvrière, caractérisée par la nécessité où s'était trouvé le malade de changer de métier et de prendre un métier moins difficile à exercer. C'est un cas que nous verrons très fréquent dans le 3ᵉ *groupe*.

R. E., 59 ans. Surdité avec crises érotiques et hallucinations auditives. Femme de ménage. 3 fr. 50 à l'heure. Travaille actuellement 2 à 3 h. par jour, soit la moitié du temps qu'elle donnait au travail avant d'être malade.

T. J., 31 ans. Dépression mélancolique. Couturière. Gagne 14 fr. par jour. A été obligée de limiter son travail depuis 10 jours dans une très grande proportion.

L. J., 58 ans. Dépression. Horticulteur. Gagnait 15.000 fr. par an. A lancé une affaire qu'il ne peut continuer.

Perte .... 8 à 10.000 fr. par an.

C. E., 44 ans. Séquelles d'encéphalite. Dépression. Electricien. Gain : 25 fr. par jour. Tous ses camarades ont été augmentés, lui seul ne l'a pas été, ce qui doit être considéré comme l'équivalent d'une diminution.

***

Evidemment, il ne s'agit ici que de quelques chiffres, qui devront être suivis de beaucoup d'autres, mais on peut déjà affirmer que 58 0/0 des malades qui consultent au Service de Prophylaxie mentale ont cessé tout travail depuis quelque temps déjà lorsqu'ils viennent consulter, et que 20 0/0 des consultants l'ont cessé depuis plus d'un an. Si l'on veut bien se souvenir que nous avons eu cette année 3.000 consultants, on admettra facilement que 1.500 d'entre eux ont dû éprouver, du fait de leur maladie, une perte qui d'après les exemples extrêmes que nous avons cités oscillerait entre

120 et 6.000 fr. par an et 750 autres une perte qui d'après ces mêmes exemples oscillerait entre 1.800 et 9.000 fr. par an, on voit qu'il faut admettre une perte qui approcherait de neuf millions pour nos consultants de l'année.

Et nous ne parlons ici que de la perte sèche résultant du manque à gagner. Nous ne faisons intervenir ni les pertes subies par les parents obligés d'entretenir ces malades pendant plusieurs mois ou plusieurs années ; ni les pertes subies par les employeurs continuant de payer des employés qui sont loin de fournir le rendement qu'ils fournissaient alors qu'ils étaient en pleine santé quand ils n'abiment pas le matériel qui leur est confié. On peut donc conclure hardiment que le budget de la psychopathie déclarée (nous voulons dire les pertes financières entraînées par la psychopathie) est de l'ordre des dizaines de millions. Et encore faut-il souligner ce fait que si le Service de Prophylaxie mentale a eu cette année 3.000 consultants, on estime que Paris et la Seine comptent peut-être 100.000 psychopathes. C'est dire que le trentième seulement de ces petits mentaux est venu consulter. Il faudrait donc pour être dans le vrai multiplier le chiffre précédent par 30 et parler de plusieurs centaines de millions. La psychopathie apparaît ainsi comme une cause de misère très appréciable et comme une plaie sociale non seulement au point de vue de l'hygiène mais encore au point de vue économique.

Toutefois, il faut dire que sur les malades dont nous venons de parler, 10 0/0 environ sont menacés d'internement assez proche si le diagnostic actuel se confirme et qu'il n'y ait pas d'amélioration dans leur état ; néanmoins deux seulement ont été placés. De plus pour les 10 0/0 qui sont menacés d'internement, il y a lieu de signaler que la plupart étaient malades depuis déjà longtemps lorsqu'ils sont venus consulter et que peut-être un traitement préventif (notamment pour 4 d'entre eux soupçonnés de P. G.) aurait pu donner un résultat. Pour les autres il s'agit bien de psychopathes qu'il faudra pour la plupart replonger dans la vie d'ici peu de temps. Ils continuent à fournir un travail irrégulier, donnant peu de satisfaction à leurs employeurs, redevenant une charge pour les leurs, et causant à nouveau des pertes à la Société.

La conclusion pratique de ces quelques notes est que le Service social qui existe déjà au Service de Prophylaxie mentale devrait être développé de telle sorte que ces psycho-

pathes puissent être repérés beaucoup plus facilement, qu'un plus grand nombre vienne consulter, et que surtout ceux qui ont à consulter, le fassent beaucoup plus tôt. Il serait aussi à souhaiter que ce service social fut en relations :

1° Avec les employeurs (grandes compagnies, grands magasins, notamment) ; 2° avec les syndicats ouvriers ; 3° Avec tous ceux qui sont susceptibles de découvrir des psychopathes et en première ligne les médecins et toutes les organisations d'assistance ou les organisations sociales, sans oublier les diverses administrations publiques.

Il faudrait enfin qu'un certain nombre de services annexes fussent créés dans Paris, dans la Seine et la province, sur le modèle du Service de Prophylaxie mentale et reliés à lui, car on peut penser que la présence du Dispensaire de quartier ou d'arrondissement, visible et faisant de la propagande, attirera le malade, et réduira considérablement par conséquent le budget-dépense de la Psychopathie. Il y aurait évidemment à envisager pour la création de ces services annexes un budget assez appréciable mais qui ne saurait être mis en rapport avec la perte d'argent vraiment formidable, plusieurs centaines de millions pour Paris et sa région, qu'entraîne chaque année la Psychopathie.

IV. COMMUNICATIONS DE MÉDECINE LÉGALE

Statistique des guérisons et des sorties tardives à propos de la question du divorce pour cause d'aliénation mentale

Par M. Trénel (de Paris)

Les signes de certitude de l'incurabilité des psychoses prolongées ne peuvent encore, à l'heure actuelle, être nettement établis en raison de la variabilité de l'évolution de ces psychoses. Néanmoins, il existe des formes démentielles où la *nuit intellectuelle* est totale.

C'est dans ces cas au moins où pourrait être appliquée une loi sur le divorce pour cause d'aliénation mentale.

La statistique basée sur 20.963 cas de sortie de 40 asiles français pendant 10 ans donne 1.633 sorties au delà de 3 ans d'internement, mais, dans la réalité, ce chiffre, en apparence élevé, n'est pas celui des guérisons et se rapporte seulement aux cas où la vie hors de l'asile a été possible (1).



Il était intéressant pour éclairer le débat de nous renseigner sur l'état de la question dans les asiles d'Alsace et de Lorraine. Cela n'a plus qu'un intérêt rétrospectif puisque le code civil français vient d'entrer en vigueur et que par conséquent le divorce pour aliénation mentale ne peut plus être prononcé en Alsace — c'est là, disons-le en passant, une des nombreuses erreurs que des décisions hâtives prises dans la

(1) De plus il y a eu vraisemblablement sur ce nombre des réintégrations ultérieures.

méconnaissance de la mentalité des Alsaciens et des Lorrains fait commettre trop souvent. — Nos collègues m'ont répondu dans la mesure de leurs possibilités, car les statistiques complètes n'ont pu être dressées à temps. M. Arsimoles m'écrit qu'il n'a eu à intervenir que 3 fois depuis 1919 pour des demandes de divorces. M. Prince, que je remercie bien vivement de la peine qu'il s'est donnée pour obtenir de l'autorité judiciaire des renseignements précis, malheureusement sans qu'il ait été possible d'aboutir, me donne la liste suivante pour l'asile de Rouffach.

Service des hommes :

Aucun malade divorcé pour cause d'aliénation mentale n'a été ultérieurement remis en liberté.

Un divorce a été demandé 3 fois par la femme et 3 fois le tribunal le lui a refusé (le mari est vraisemblablement un dément paranoïde).

Un divorce a été prononcé en 1924, le mari étant dément paranoïde.

Service des femmes :

1922. — Un divorce prononcé par le Tribunal de 1re Instance.

Un divorce prononcé par la Cour d'Appel.

1924. — 2 divorces refusés par le Tribunal de 1re Instance.

Actuellement, un appel pendant devant la Cour de Colmar. — Deux divorces en cours devant un Tribunal de 1re Instance, action introduite l'année dernière.

Après l'armistice, pendant la période janvier à novembre 1919 où j'ai fait fonction de directeur de l'asile de Steinbach (Sarreguemines), je n'ai reçu qu'une demande de certificat pour divorce ; j'ai quitté l'asile avant d'avoir pu donner suite à l'affaire, mais j'aurais certainement conclu à la recevabilité de la demande de divorce.

On le voit, la crainte, exprimée par certains, d'un nombre considérable de demandes de divorce contre les aliénés n'est pas fondée. Nous l'avons d'ailleurs déjà amplement démontré en citant les statistiques allemandes (3,6 divorces pour aliénation mentale pour cent divorces prononcés).

En ce qui concerne les formes de maladies ayant donné lieu à des sorties tardives, notre statistique confirme comme on pouvait s'y attendre les notions déjà connues.

Un grand nombre de cas concernant la manie, la mélan-

colie ainsi que les psychoses périodiques, auxquelles se ramènent, sans doute, la plupart de ceux-ci, il est vraisemblable qu'en cas de poursuite du divorce la majorité auraient donné lieu à une réponse négative. Pour tous les autres cas il y aurait certainement eu matière à discussion.

***

Si nous étions appelés à proposer une formule nous présenterions celle-ci :

L'un des époux pourra demander le divorce pour cause d'aliénation mentale de son conjoint lorsque l'aliénation de celui-ci dure depuis plus de 3 années et qu'elle est déclarée incompatible définitivement avec l'état de mariage.

Ce terme « état de mariage » est évidemment discutable au point de vue juridique, mais on n'admettrait guère dans un texte français une expression aussi abstraite que communion ou communauté mentale ou intellectuelle. Si l'on en demandait une définition précise, alors nous adopterions celle donnée par un jugement d'appel en Allemagne et que nous avons rapporté ailleurs : « C'est l'ensemble des droits et devoirs nés du mariage, le concours conscient dans la direction des intérêts communs de la famille et de chacun de ses membres... La communauté (ou communion) n'existe plus si l'un des conjoints, à la suite de sa maladie mentale a perdu la faculté d'être conscient des intérêts, droits et devoirs communs nés du mariage, d'échanger des pensées raisonnables avec son époux et de prendre une part intellectuelle à la vie de famille et aux intérêts qui y sont liés... »

Nous rappellerons à ce propos que le jugement, d'où est tirée cette citation, a établi que *la nuit mentale, la mort intellectuelle* n'est pas nécessaire pour faire prononcer le divorce et que cette jurisprudence a été désormais suivie.

***

J'ai pensé qu'il pourrait être utile pour donner une base à la discussion de tenter d'établir des pourcentages portant sur des chiffres importants. Dans ce but, j'ai adressé aux asiles, un tableau statistique demandant pour deux périodes de

Statistique des Malades sortis guéris ou dans un état d'amélioration permettant la vie familiale ou sociale après plus de 3 ans d'internement.

	Moins de 3 ans		3 à 5		5 à 10		Plus de 10 ans		Etat civil des malades sortis après plus de 3 ans d'internement (1)			
									Mariés, veufs, divorcés.		Célibataires	
	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
1909 à 1913	4491	3556	163	163	114	128	75	86				
1920 à 1924	4981	6302	196	261	103	187	55	102	250	464	355	356
									Total : 1425			

Total des sorties après 3 ans :
1909 à 1913 : 729.
1920 à 1924 : 904.
Total : 1633.

Nature de la maladie des malades sortis après 3 ans d'internement (2)	
Manie	151
Mélancolie	285
Psychoses périodiques	87
Psychoses systématisées	164
Dégénérescence mentale (obsédés, impulsifs, anormaux)	130
Débiles, imbéciles	150
Affaiblissements intellectuels :	37
Démence précose et vésanique	102
Paralysie générale	31
Démence sénile et organique	62
Confusion mentale	50
Epilepsie	70
Hystérie	41
Psychoses puerpérales	19
Alcoolisme	109
Morphinisme, cocaïnisme	6
	1494

(1) L'état civil ne nous est pas donné dans 208 cas.
(2) Le diagnostic ne nous est pas donné dans 139 cas.

5 ans, l'une d'avant-guerre, l'autre d'après-guerre : 1° le nombre des sorties après moins de 3 ans et plus de 3 ans de séjour à l'asile ; 2° l'état civil des sortants après 3 ans de séjour (mariés, veufs, divorcés, célibataires) ; 3° la nature de la maladie de ces sortants.

Mes collègues ont répondu avec un empressement dont je les remercie ici bien vivement, d'autant plus que ma demande a été un peu tardive et que je leur ai imposé un travail précipité.

J'ai reçu les réponses utilisables de 40 établissements. Je dois dire, dès maintenant, que j'ai dû me limiter à demander une statistique globale qui ne pouvait donner que des résultats approximatifs. Je m'en rendais bien compte et plusieurs de mes collègues ont été du même avis et m'ont exprimé leurs réserves sur la valeur intrinsèque des chiffres qu'ils me donnaient. Plusieurs se sont fait un scrupule de m'envoyer une statistique qui ne fût pas d'une précision absolue et ont préféré s'abstenir.

En effet, dans les statistiques, guérisons et améliorations sont généralement confondues. Certaines sorties ont lieu pour des raisons purement pécuniaires. De plus, j'ai cru remarquer, dans certains départements, une augmentation des sorties dans la période de 5 ans depuis la guerre. M. Bessière m'en a donné l'explication : en raison de la crise de la main-d'œuvre agricole, les familles reprennent les malades pour peu qu'ils soint susceptibles d'être utilisés aux travaux des champs.

D'ailleurs en calculant le pourcentage des sorties tardives dans chaque période de 5 années pour la totalité des asiles, la différence est minime.

Voici les résultats globaux : de 1909 à 1913 il y eut : 8.047 sorties avant 3 ans, et 729 sorties après 3 ans.

Soit, sur la totalité des sorties, 8,3 pour cent après 3 ans.

De 1920 à 1925 il y eut : 11.283 sorties avant 3 ans ; 904 sorties après 3 ans.

Soit, sur la totalité des sorties, 7,4 pour cent après 3 ans (1).

J'avoue avoir été surpris par ce pourcentage élevé, car ayant commencé mon travali par le relevé des sorties tar-

(1) Plus de la moitié de ces sortants étant célibataires, la question du divorce ne se poserait éventuellement que dans 4 0/0 des cas.

dives pour les aliénés du département de la Seine, j'avais trouvé un pourcentage de beaucoup inférieur quoique la statistique portât sur les sorties après 2 ans de séjour. J'en donne ici le tableau pour 10 années s'espaçant de 1886 à 1911 n'ayant trouvé la statistique des durées de séjour utilisable pour mes recherches que dans les rapports généraux de ces 10 années.

Statistique des asiles de la Seine

	Années de séjour							Nombre de malades traitées	Nombre de sorties	Pourcentage des s rties après plus de 10 ans
	2 à 5		5 à 10		+ 10 ans		Total			
1886.	9	5					14	4089	536	2,39
			3	2			5			0,83
1889.	7	13					20	4060	496	3,49
			9	2			11			1,92
1890.								4331		
1892.	11	4					15	4051	548	2,40
			8	6			14			2,24
1894.	18	4					22	4385	750	2,68
			14	1			15			1,83
1899.	11	11					22	3895	619	3,12
			10	5			15			2,12
1903.	6	11					17	4269	736	2,13
			5	4			9			1,12
1907.	10	4					14	4274	588	2,22
			8	2			10			1,57
1911.	3	5					8	4593	754	1,06
			2	8			10			1,32

Cette grande différence pourrait paraître due aux transfèrements dans les asiles de province, mais la statistique porte sur la totalité des aliénés à la charge du département de la Seine qu'ils soient traités dans le département même ou dans d'autres asiles. En réalité la Seine fournit un grand nombre de déracinés n'ayant plus de famille ou ayant perdu toute relation avec elle et qui dès lors restent hospitalisés, épaves sociales que personne ne réclame et qui, habitués des asiles ne pensent même pas à demander leur sortie. Certains d'entre eux pourraient vraisemblablement être mis en liberté

s'ils avaient leur famille. De tels cas sont moins fréquents en province. Il faut d'ailleurs remarquer des différences considérables entre les départements au point de vue de ces sorties tardives, différences dûes vraisemblablement à des conditions locales.

Je citerai en comparaison la statistique que Kreuser donne pour 3 asiles allemands :

Guérison après 3 ans d'internement

	Pourcentage sur le nombre d'entrées			Pourcentage sur le nombre total de guérisons		
	H.	F.	Moyenne	H.	F.	Moyenne
Erlangen	0,8	1,3	1	4,2	5,6	5
Harsberg	- 1,8	1	1,5	6,1	3,6	5,1
Schussenried	0,6	0,4	0,5	2,7	2,1	2,2

Sur les 30 cas de guérison tardive 25 présentaient un pronostic favorable, 5 un pronostic défavorable. Les causes d'erreur auraient donc été bien faibles si les malades avaient été exposés à une demande de divorce.

Quelques expériences faites dans une maison centrale

Par le docteur P.-B. Westerhuis, de Leeuwarden (Hollande)

En Hollande les maisons centrales se distinguent en maisons générales et maisons spéciales.

Il y a deux maisons spéciales dont celle de Schéveningue renferme exclusivement des psychopathiques et des tuberculeux, tandis que celle de Leeuwarden n'est destinée qu'à ceux qui ont été condamnés à une peine de plus de cinq ans.

Dans les maisons centrales on pratique le système de la réclusion ; dans la maison spéciale à Leeuwarden on trouve, à côté de la maison cellulaire, où les condamnés doivent passer les cinq premières années de leur peine, une partie en commun où doit être fini le reste de la peine infligée. Il en résulte que ce ne sont que les plus grands criminels qui sont enfermés à Leeuwarden : assassins, homicides, cambrioleurs, voleurs dits d'habitude quelques incendiaires, faux monnayeurs et quelques-uns qui ont gravement attenté aux mœurs.

Je veux vous faire quelques communications concernant deux cents détenus enfermés pendant les dernières quinze années. Je les ai classés d'après leur âge au moment de leur réclusion, par des périodes de cinq ans (les dates des délits sont ordinairement antérieures de six mois). [Graphique n° 1].

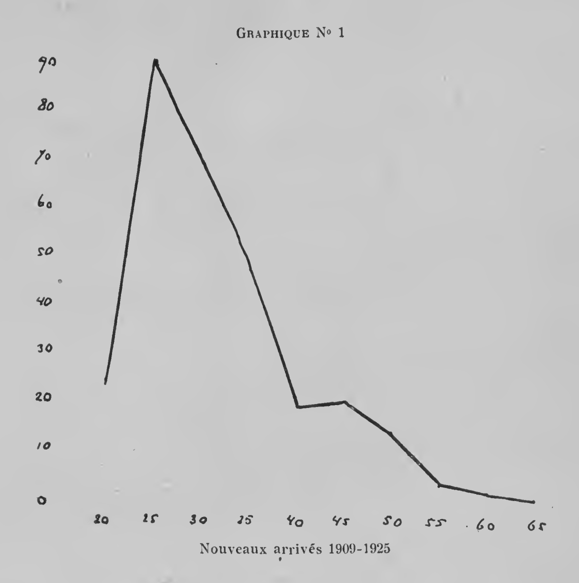
En considérant ce premier graphique on verra tout de suite que la plus grande partie de ces gens sont enfermés avant leur trente-cinquième année ; la courbe descend rapidement après la trentième année. C'est donc l'âge où les sentiments dominent l'homme en premier lieu, lequel est représenté le plus dans l'institution pénitentiaire.

C'est ce qui résulte aussi d'une deuxième courbe que je veux vous montrer : celle qui représente le nombre de nouveaux

détenus, arrivés dans des périodes de trois ans [Graphique n° 2].

Si avant la Grande Guerre le nombre des nouveaux déte-

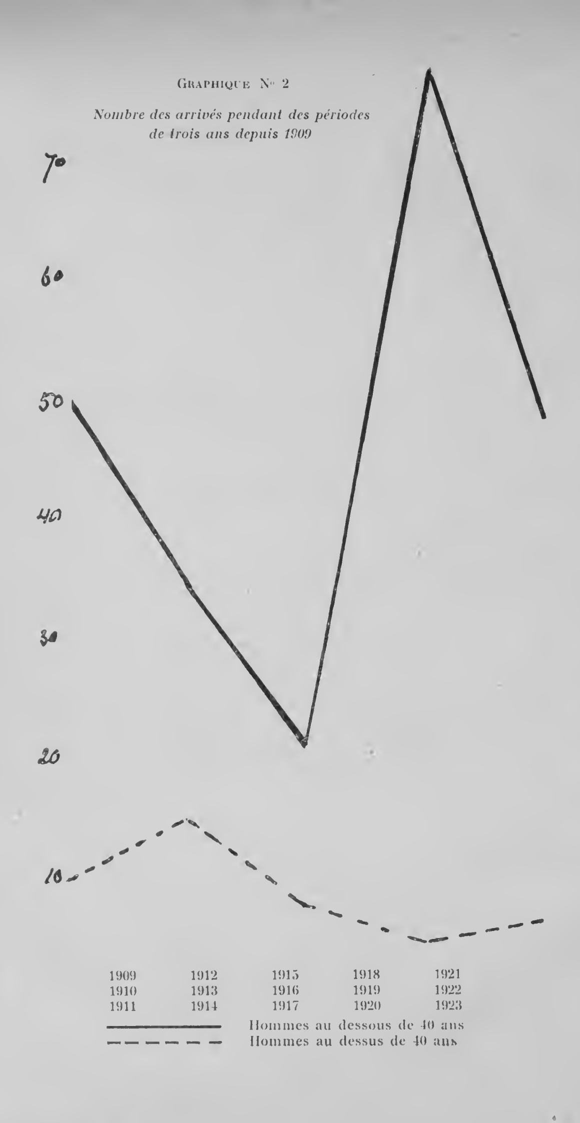
Graphique N° 1



Nouveaux arrivés 1909-1925

nus était assez constant, on constate durant la susdite guerre une baisse frappante, immédiatement suivie d'une hausse considérable entre 1918 et 1920, après lesquelles années les chiffres reprirent le niveau normal.

La mobilisation des forces militaires de Hollande entre 1914 et 1918 a contraint les adolescents à une vie régulière ; ils furent surveillés et sujets à la discipline. Après la démobilisation il suivit une période de démoralisation et de chômage qui fit emprisonner un plus grand nombre d'adolescents que jamais auparavant. Il est extrêmement rare qu'une personne revienne une seconde fois dans une maison de détention spéciale. Je ne me rappelle qu'un seul faux mon-



GRAPHIQUE N° 2

Nombre des arrivés pendant des périodes de trois ans depuis 1909

nayeur, un incendiaire et quelques voleurs dits d'habitude ; aucun meurtrier. On inflige rarement une peine de plus de cinq ans à des personnes plus âgées ; quand elles y sont condamnées tout de même, c'est presque toujours pour des attentats ; le cas ne s'est pas encore présenté d'un ancien meurtrier qui après avoir subi sa peine, a été enfermé une seconde fois pour un forfait pareil.

La période où il fut enfermé un nombre si extraordinaire de détenus était en même temps celle qui vit entrer si peu d'hommes âgés.

Il s'ensuit du second graphique que la guerre n'a eu pour ainsi dire aucune influence (ou très peu) sur le nombre des crimes graves commis par des hommes d'un âge avancé exempts du service militaire.

Nos voleurs et nos cambrioleurs ont presque toujours moins de 40 ans ; les rares qui après cet âge-là sont restés fidèles à leur confrérie sont psychopathiques. Dans la prison ces gens offrent des difficultés continuelles. Ils supportent très mal la réclusion ; ils réagissent par des vésanies cellulaires et doivent être mis dans la partie commune ; plus d'une fois ils sont transportés dans un hospice d'aliénés. Tout en devenant moins criminels, ils ne se corrigent plus tout à fait à un âge plus avancé.

Parmi les détenus de plus de cinquante ans il n'y a aucun voleur ; ce sont tous des assassins, excepté un faux-monnayeur et un homme qui a attenté aux mœurs.

Quelles sont les conclusions où nous poussent ces données ?

D'abord : Pour éviter des forfaits graves il faut aux jeunes gens du travail et une vie surveillée et disciplinée.

Puis : Il ne faut point lâcher les psychopathiques. C'est pourquoi nous nous réjouissons des projets de loi concernant les psychopathiques que traite actuellement le pouvoir législatif hollandais.

Enfin : Au point de vue d'une prévention générale et spéciale il n'est pas nécessaire d'infliger des punitions rigoureuses aux criminels d'un âge avancé.

Vu que nous autres Hollandais avons des juges professionnels, il est possible de les mettre au courant de nos expériences ce qui contribue à une jurisprudence criminelle plus humaine.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONGRÈS

TENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE SAMEDI 30 MAI 1925

PRÉSIDENCE : M. ANGLADE, *président*

La séance est ouverte à 14 heures 30.

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire permanent.* — Messieurs, Comme chaque année, quelques places sont vides parmi nous où manquent des collègues que nous avions la douce habitude de retrouver à chacune de nos sessions. Deux d'entre eux ont naguère présidé ces réunions.

Vallon, que l'acte morbide d'un aliéné avait déjà failli enlever à notre respectueuse sympathie, présida en 1909 la session de Nantes. Il apportait à vos travaux l'appui de sa grande expérience clinique et le prestige de sa haute autorité médico-légale.

Le professeur Crocq, secrétaire général en 1903 de la session de Bruxelles, président en 1910, avec M. Klippel que je suis heureux de saluer ici, de la session de Bruxelles-Liège, était également un fidèle de nos Congrès. Il prenait une grande part à nos discussions scientifiques, auxquelles manqueront désormais les accents de sa parole ardente.

Tous deux ont contribué au succès et à la prospérité de nos réunions. Avec Joffroy, Brissaud, Victor Parant, Doutrebente, Gilbert Ballet, Grasset, Régis, Dupré, Deny et tant d'autres, également disparus, ils furent les animateurs de ce Congrès qui conserve pieusement leur souvenir.

Un certain nombre de nos collègues, retenus par la maladie ou par des obligations personnelles, ont bien voulu nous exprimer leurs regrets de n'avoir pu se joindre à nous. Je citerai parmi eux le Dr S. Arman (d'Oviedo), le Dr Audemard (de Lyon), le Dr Boyle, le Dr Desloges (de Montréal), le Dr For-

man (de Luxembourg), le Dr Kline (de Boston), le Dr Walter Kraus (de New-York), le Professeur Orzechowski (de Varsovie), le Dr Salvador Vives (de Barcelone), le Professeur Robertson (d'Edinburgh).

Nous regrettons leur absence et exprimons l'espoir de les revoir l'an prochain.

Je dois maintenant vous donner lecture du compte rendu financier de la 28e session tenue l'an dernier à Bruxelles, compte rendu rédigé par le secrétaire général, le Professeur Aug. Ley.

Compte rendu de la XXVIIIe Session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française

Par le Professeur Aug. Ley (de Bruxelles), secrétaire général

Recettes

226 membres adhérents à 30 fr.......	6.780	fr.	français
82 établissements hospitaliers à 30 fr.	2.460	»	»
113 membres associés à 15 fr.	1.695	»	»
	10.935	»	»
Subside du Gouvernement Belge	12.000	fr.	belges
Subside du Gouvernement Provincial de Limbourg	500	»	»
	12.500	»	»

Dépenses

Note de l'imprimeur (rapports et compte rendu)	9.290 90	français
Frais d'impression à Bruxelles	1.000 45	belges
Réception du Congrès	3.477 10	»
Frais généraux (Secrétariat, Correspondance, Envois, Gratifications, Frais d'encaissement, Divers)	2.966 61	»

Balance

Recettes en francs français	10.935 »
Dépenses en francs français	9.290 90
Excédent de recettes	1.644 10
Recettes en francs belges	12.500 »
Dépenses en francs belges	7.444 16
Excédent de recettes	5.055 84
Excédent total en francs français versé à la Caisse du Congrès	6.554 94

Comme vous le voyez, le Professeur Aug. Ley a trouvé le moyen, non seulement de réaliser une organisation qui ne pourra jamais être surpassée, une réception qu'on ne saurait égaler, mais aussi de verser à notre caisse de réserve la somme de six mille cinq cent cinquante-quatre francs 94 centimes.

Vraiment, il nous comble. Devant de tels faits, les mots sont superflus. Je vous propose d'approuver ces comptes et de voter par acclamations à Mme et au Professeur Aug. Ley les félicitations les plus méritées.

Si ingrates que soient les fonctions que vous m'avez fait le très grand honneur de me confier en 1920, elles s'accompagnent pourtant, chaque année, de quelques agréables minutes. Ce sont les minutes présentes, dans lesquelles m'est donnée l'aimable tâche de remercier ceux qui furent les bons artisans de l'œuvre commune et de résumer en quelques mots le résultat tangible de vos efforts.

Je devrais vous exposer le compte rendu moral et financier du Congrès. Je serai bref. Nos heures sont comptées. Le travail nous attend. Et il n'est que peu de chose à ajouter à l'exposé fait à Bruxelles.

Le remarquable appoint que nous devons à Mme et au Professeur Aug. Ley ajoute à notre budget un peu d'aisance, à notre trésorerie un peu d'élasticité. Il permettra, le cas échéant, d'aider celles de nos sessions qui n'obtiendraient des pouvoirs publics que des subventions insuffisantes à

l'augmentation croissante des frais d'impression et des dépenses de toutes sortes. Voilà pour le côté financier.

Pour juger du reste, revenons un moment en arrière. 1920 : sous la présidence de mon très regretté maître le Professeur Ernest Dupré, Strasbourg, chère à nos cœurs, accueille le Congrès après sept années d'interruption et le voit revivre. Malgré la désorientation laissée derrière elle par la plus terrible des guerres, en dépit des timides et des Cassandres qui doutaient du succès, au milieu de difficultés économiques paraissant insurmontables, l'activité inlassable de Lalanne et de Courbon vint à bout de tous les obstacles. Et ce fut le succès : 286 inscriptions, plus qu'à Amiens en 1911, plus qu'au Puy en 1913. Nous ne saurons jamais remercier assez ces bons pilotes qui, la tempête à peine calmée, à travers mille écueils, ont su, d'un bras vigoureux, nous amener à bon port.

Mais, depuis, que de chemin parcouru. Notre Congrès, ne limitant plus son ambition à réunir les quatre nations limitrophes et de langue commune, voit chaque année augmenter le nombre des nations qui y participent. 12 nations à Bruxelles, groupant plus de 420 inscriptions. 17 nations à Paris, avec un nombre jusqu'ici égal d'inscriptions, recueillies par notre dévoué secrétaire le Dr Dupain et par sa charmante et diligente collaboratrice. Messieurs, telle est votre œuvre.

Tous, nous remercions ceux qui, se joignant à nous, viennent apporter ici les leçons de l'expérience et le résultat du travail. Plus la distance est grande, plus sont nécessaires les réunions périodiques destinées à la confrontation et à l'examen en commun des idées et des faits. Les volumes qui rendent compte de vos travaux sont là pour en témoigner.

Parmi ceux qui ont contribué au succès de cette session, je n'aurai garde d'oublier les organisateurs du Centenaire de Charcot et du 25e anniversaire de la Société de Neurologie de Paris : le Dr Souques, que j'assure de notre respectueuse reconnaissance, le Professeur Henry Meige, qu'aucune parole ne saurait remercier des services incessants rendus par lui à notre Congrès, et le très distingué secrétaire de la Société de Neurologie de Paris, le Dr O. Crouzon, dont nous avons applaudi hier le brillant rapport.

Ainsi, nous continuerons à travailler, jugeant en neuropsychiatres les hommes et les choses, sans autre rivalité que l'émulation scientifique, sans autre ambition que celle de

connaître, sachant déjà que notre œuvre est perfectible, ayant le désir constant de l'améliorer, et ne perdant pas de vue que seule l'union des individus et des collectivités est féconde en résultats pratiques.

Messieurs,

Vous avez décidé l'an dernier de tenir à Genève et à Lausanne, au mois d'août 1926, votre trentième session, et d'y célébrer le Centenaire de la mort de Pinel. Vous avez choisi pour présider cette session un descendant de Pinel, le Dr René Semelaigne, ancien secrétaire permanent du Congrès, dont il fut toujours un des plus fidèles adhérents et des plus actifs soutiens. Lui seul pouvait faire revivre devant nous, avec le talent que vous lui connaissez, la grande figure de son aïeul.

Lorsque le Congrès se tient hors de France, une tradition à laquelle nous ne manquerons pas veut qu'un président local soit également désigné. Votre Comité permanent vous propose le nom que vous avez tous sur les lèvres, celui du Professeur Long, de la Faculté de Médecine de Genève, ancien secrétaire général de la session qui se tint à Genève et Lausanne en 1907, et dont vous connaissez tous les beaux travaux neurologiques (1).

Le Dr Repond, de Malevoz-Monthey, a bien voulu accepter les fonctions de secrétaire général. Nous le remercions bien sincèrement de vouloir bien assumer pour nous cette lourde charge. Son action personnelle a déjà rendu à nos réunions de multiples services. Nous lui exprimons ici notre reconnaissance pour sa collaboration scientifique si précieuse et si fidèle. Nul ne saurait être un meilleur trait d'union entre les groupements psychiatriques suisses et français (1).

Vous avez à choisir des rapports et à désigner des rapporteurs. Votre comité vous propose :

1° RAPPORT DE PSYCHIATRIE

La Schizophrénie.

Rapporteurs : M. le Prof. Bleuler, de Zurich ;
M. le Prof. Henri Claude, de Paris.

---

(1) Toutes ces propositions sont votées par acclamations à l'unanimité des membres présents.

2° RAPPORT DE NEUROLOGIE

Le signe de Babinski. Caractéristiques. Mécanisme et signification.

Rapporteur : M. le Dr TOURNAY, préparateur au Collège de France.

3° RAPPORT D'ASSISTANCE

La Thérapeutique des Maladies Mentales par le travail.

Rapporteurs : M. le Prof. Ch. LADAME, de Genève ;
M. le Dr DEMAY, médecin chef de l'Asile de Clermont (Oise).

Pour terminer, vous avez à désigner un vice-président, qui sera de droit président de la session de 1927. Votre Comité permanent vous propose le nom du Dr Raviart, médecin-chef des Asiles publics d'aliénés, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

Conformément au règlement, des bulletins de vote vont vous être distribués.

⁂

Nous espérons que vous viendrez toujours plus nombreux à cette 30e session. Des dispositions seront prises qui rendront ce séjour en Suisse aussi agréable que facile.

En dépit de l'inégalité monétaire, le séjour au Congrès de Genève-Lausanne ne sera certainement pas plus onéreux que le séjour à Bruxelles ou à Paris.

Comme chaque année, je vous rappelle que, dans l'intervalle des sessions, le secrétaire permanent est chargé de centraliser toutes les suggestions individuelles concernant les sessions ultérieures, et notamment les propositions écrites concernant le lieu des sessions, le choix des rapports et des rapporteurs. Ces propositions sont destinées à être soumises par lui au Comité permanent augmenté des anciens présidents et des anciens secrétaires généraux. Il y a le plus grand intérêt à ce qu'elles parviennent au secrétaire permanent le plus tôt possible, en tous cas un mois au moins avant l'ouverture de la session.

Je crois devoir également vous rappeler que pour recevoir

les rapports, qui sont habituellement envoyés quatre semaines avant la session, il est nécessaire d'être préalablement inscrit. Les inscriptions tardives compliquent beaucoup la tâche des secrétaires généraux. Je vous demande donc en leur nom d'adresser votre adhésion le plus tôt possible, en tous cas au moins un mois avant la session. C'est par ce vœu que je termine cet exposé en m'excusant d'avoir retenu trop longtemps votre attention.

M. Anglade, président. — Les résultats du vote pour l'élection au scrutin secret du vice-président de la 30e session (août 1926), sont les suivants :

Nombre de votants : 67.

Ont obtenu :

MM. Raviart : 60 voix, élu.
Henri Claude : 5 voix.
Laignel-Lavastine : 1 voix.
Marchand : 1 voix.

M. le Prof. Raviart, ayant obtenu 60 voix sur 67 suffrages exprimés, est élu vice-président pour la session de Genève-Lausanne (1926) et sera, de droit, président de la 31e session (1927).

M. Anglade (Président). — J'ai le devoir agréable de remercier tout spécialement M. le secrétaire général permanent. J'ose dire que M. René Charpentier est la providence de nos Congrès. Organisateur des plus avisés, il ne livre rien au hasard. Il a droit à notre gratitude, que je lui exprime en votre nom.

Vous savez avec quel soin et quel dévouement notre secrétaire général annuel a veillé aux plus petits détails de la session. Son rôle n'est pas terminé, mais je veux dès maintenant le remercier très cordialement. Et nos remerciements vont aussi au très aimable et très diligent secrétaire général adjoint qu'est la toute charmante Mlle Jeanne Dupain.

La séance est levée à 15 heures 30'.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

Le jeudi 28 mai 1925, la municipalité de Paris a reçu à l'Hôtel de Ville, dans le Salon des Lettres, des Arts et des Sciences, les membres de la XXIX[e] Session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française et les membres du Congrès du centenaire de Charcot.

Les honneurs de la réception ont été faits par M. Maurice Quentin, Président du Conseil Municipal ; M. Duvernoy, Secrétaire général de la Préfecture de la Seine, représentant M. Armand Naudin, Préfet de la Seine ; M. Aron, attaché au Cabinet du Préfet de Police, représentant M. Morain, Préfet de police ; MM. Georges Pointel et René Fiquet, Vice-Présidents ; MM. Auguste Lefébure, Rafignon, Beaud et de Tastes, Secrétaires ; M. Aucoc, Syndic du Conseil Municipal, et de nombreux Conseillers municipaux et généraux.

On remarquait la présence de la famille de Charcot, représentée par Mme Waldeck-Rousseau et le Commandant Charcot qui, avant la réception officielle, avaient été reçus et salués par le Président du Conseil Municipal dans son cabinet.

Les discours suivants ont été prononcés :

Discours de Maurice QUENTIN, Président du Conseil Municipal :

MESSIEURS,

Le Conseil Municipal de Paris est heureux et honoré d'accueillir dans son Hôtel de Ville les Membres du XXIX[e] Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française ; et, s'il m'est permis d'ajouter l'expression d'un sentiment personnel à ceux dont j'ai la mission de me faire l'interprète, je me réjouis tout particulièrement, en ce qui me concerne, d'avoir à vous souhaiter aujourd'hui la plus chaleureuse bienvenue.

Je ne saurais oublier, en effet, qu'il y a trois ans, comme vous teniez, dans la charmante cité bretonne de Quimper, votre vingt-sixième session, j'avais la bonne fortune de représenter au milieu de vous le Conseil Général de la Seine ; et j'avais même pris sur moi, je m'en souviens, bien sûr d'avance de l'assentiment de tous mes collègues, de vous inviter à tenir à Paris un de vos prochains Congrès, et de vous dire tout le plaisir que nous aurions à vous faire, à cette occasion, les honneur de notre Maison commune. (*Très bien !*)

Vous avez bien voulu répondre favorablement au souhait que je vous exprimais ; il m'est d'autant plus agréable de vous en remercier et de m'en féliciter que j'ai le privilège, que je ne pouvais prévoir à cette époque, de le faire non seulement en mon nom personnel, mais au nom de notre Assemblée municipale tout entière.

Votre visite nous est précieuse à plus d'un titre. Elle nous permet d'abord de vous manifester, une fois de plus, le très vif intérêt que nous portons à vos travaux. Vous sentez bien, Messieurs, qu'en m'exprimant ainsi, je n'emploie pas une vaine formule de courtoisie, je ne fais qu'exprimer l'exacte vérité.

Comment ne nous passionnerions-nous pas, en effet, pour les mêmes sujets, puisque, sur tant de points, votre domaine de savants et notre domaine d'administrateurs se touchent et se pénètrent l'un l'autre ?

Sans doute, l'aliénation mentale, et plus spécialement la neuropathologie, relèvent avant tout de la science pure ; mais, par ailleurs, elles soulèvent, vous le savez, de multiples et délicats problèmes juridiques et sociaux.

Si nous ne voyons pas les questions sous le même angle, c'est que nos préoccupations s'inspirent de points de vue différents et également légitimes. Lorsqu'ils s'affrontent réciproquement, ce n'est point pour se heurter, mais pour se concilier dans un même sentiment de défense sociale et de protection de la liberté individuelle. De cette collaboration étroite et confiante naît un égal souci de dévouement et de travail. Aussi pouvons-nous affirmer que, loin d'être abandonnés, les intérêts sacrés, matériels et moraux, dont nous avons respectivement la charge, seront scrupuleusement considérés et respectés. (*Applaudissements.*)

En ce qui concerne nos œuvres d'assistance, nous croyons pouvoir dire que nous n'avons rien épargné pour tenir nos

asiles, nos hôpitaux, nos colonies familiales au niveau des progrès constants de vos recherches et de leurs résultats.

Si je me permets d'apporter ce témoignage, c'est qu'ayant l'honneur d'être Vice-président de la 3ᵉ Commission du Conseil général, qui a dans ses attributions l'administration de nos établissements hospitaliers, et étant, en outre, rapporteur spécial de l'asile agricole de Chezal-Benoît, j'ai pu apprécier en toute connaissance de cause l'étendue de notre action continue : je suis bien sûr que je ne serai pas démenti, ni par mon collègue Henri Rousselle, l'éminent Président de la 3ᵉ Commission, ni par mes collègues Chausse, rapporteur général du service des Aliénés ; Fleurot, rapporteur des colonies familiales de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château ; Calmels, rapporteur de l'asile de Vaucluse, qui tous, comme moi-même, ont représenté à vos Congrès l'Assemblée départementale et ont pris part, à ce titre, à vos discussions et à vos travaux.

C'est pour nous conformer à vos enseignements, Messieurs, que nous avons apporté récemment à l'organisation de nos asiles des modifications si profondes, restreignant l'internement aux cas où il apparaît indispensable, supprimant les moyens de contention et de force, instituant des services ouverts de prophylaxie mentale, appropriant aussi exactement que possible à la diversité du fait pathologique la souplesse et la complexité des moyens curatifs.

Ce que nous avons réalisé dans le passé, nous continuerons à le consolider et à le développer dans l'avenir et ainsi, grâce à notre entente, nous parviendrons à remédier, dans toute la mesure du possible, à cette mystérieuse malédiction qui pèse sur un trop grand nombre de nos semblables. (*Très bien ! Très bien !*)

Messieurs,

Cette synthèse du pur esprit scientifique et d'une généreuse pitié pour la souffrance humaine s'est trouvée réalisée avec un incomparable éclat chez le savant de génie dont vous venez de célébrer le centenaire.

Après les magnifiques discours qui ont été prononcés à la gloire de Charcot, avant-hier et hier, à l'Académie de Médecine, à la Sorbonne, à l'hôpital, il ne me resterait rien à ajouter si je ne tenais à associer la Ville de Paris à ce solennel hommage rendu à un de ses plus illustres enfants.

J'avais le devoir d'évoquer cette grande figure, qui a laissé une impression si ineffaçable chez ses contemporains. Nous le revoyons tel que l'image l'a popularisé, profil de médaille romain, avec cette définitive puissance de lignes qui force l'attention de l'histoire, dans cette sérénité lumineuse et grave de l'intelligence qui illumine encore tout l'enseignement de la Salpêtrière. (*Très bien ! Très bien !*)

Par le caractère universel de ses travaux, Charcot appartient à l'humanité tout entière ; mais, par les traits originaux de son incomparable individualité, par l'influence personnelle qu'il a exercée sur plusieurs générations d'élèves, par les inoubliables souvenirs qu'il a laissés dans l'esprit et le cœur de tous ceux qui l'ont connu, il appartient à la lignée de nos ancêtres les plus vénérés. C'est qu'en effet il personnifie, dans toute sa pureté et dans toute son élévation, la science éternelle.

Réfléchir, conclure, agir furent sa règle de logique immuable ; mais surtout regarder, se pénétrer des révélations du monde extérieur pour découvrir le mécanisme de l'invisible, voilà la base essentielle de l'activité de toute une vie.

Il l'exposa en termes singulièrement impressionnants dans sa leçon inaugurale de la chaire des maladies nerveuses.

Cherchant à brosser à grands traits l'image de l'idéal vers lequel tendaient les efforts d'une inégalable carrière, il ajoutait :

« Dans la solution des problèmes qui nous sont imposés, toutes les branches, toutes les disciplines de la science biologiques devront, se prêtant un appui mutuel et se contrôlant l'une l'autre, marcher du même pas vers le même but. Mais je maintiens que, dans ce concert, le rôle prépondérant, la juridiction suprême devra toujours appartenir à l'observation clinique. »

Dans cette formule magistrale tient tout entière la raison d'être de la méthode expérimentale, qui devait compter tant d'adeptes et nous valoir tant de découvertes.

Faut-il s'étonner que notre Cité, qui doit à Charcot un des plus beaux fleurons de sa couronne de lumière, lui ait voué un culte où l'admiration se mêle à la gratitude ? Ce n'est pas sans une orgueilleuse fierté qu'aujourd'hui nous voyons se presser autour de sa mémoire cette nombreuse postérité spirituelle qui, même quand elle a repris l'examen de ses

théories, a continué à se réclamer de lui ; et nous nous réjouissons d'autant plus de l'honneur qui lui est aujourd'hui rendu que les délégués de tant de nations, en se joignant aux disciples et aux continuateurs français du Maître, élèvent leur offrande intellectuelle à la portée d'un hommage de la pensée universelle. (*Applaudissements.*)

Messieurs les délégués étrangers, parmi tant de sujets de satisfaction que nous offre votre présence, il en est un que je m'en voudrais de passer sous silence. C'est votre présence en si grand nombre à ces imposantes assises de la neurologie.

Nous y voyons un témoignage d'estime et de sympathie, à la fois pour notre science et pour notre langage, dont nous sommes infiniment touchés et reconnaissants.

Me permettez-vous d'ajouter que nous attendons beaucoup d'un si vaste concours de bonnes volontés et de compétences ? Nous attendons beaucoup pour le développement de la science elle-même, et aussi pour le progrès d'une noble émulation internationale dans la mise en pratique des résultats de vos travaux.

Voilà, Messieurs, le domaine où la concurrence et la rivalité des peuples pourraient et devraient se donner libre carrière. Voilà le bon et sain internationalisme, celui qui, sans rien ôter à la Patrie, s'efforce de nouer et de resserrer toujours davantage, entre les nations, les liens du cœur aussi bien que ceux de l'intelligence.

Ce n'est point en vain qu'on a travaillé en commun à la recherche de la vérité ; ce n'est point en vain qu'on s'est penché ensemble, d'un même geste de pitié et d'entr'aide, sur la maladie et la souffrance. De cette collaboration désintéressée, il reste toujours, en nous et hors de nous, quelque chose qui élève, qui assainit, qui purifie ; et c'est de ces nobles élans, trop rares encore et trop dispensés, que, s'ils savaient se multiplier et s'unir, serait faite demain la véritable et durable concorde entre les peuples. (*Applaudissements prolongés.*)

Discours de M. Duvernoy, Secrétaire général de la Préfecture de la Seine :

Messieurs,

Je ne puis que m'associer, au nom de M. le Préfet et de l'Administration parisienne, à l'éloquent hommage d'admira-

tion et de gratitude que vient de rendre M. le Président du Conseil Municipal à la mémoire du grand Charcot, ainsi qu'aux paroles de bienvenue qu'il a adressées aux membres du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, élèves ou émules du Maître disparu.

Il ne m'appartient pas, Messieurs, d'insister sur l'étendue et l'originalité des précieuses découvertes que fit, dans un domaine jusqu'alors mal exploré, celui que l'on a pu, à si juste titre, appeler le père de la Neurologie française, et dont nous nous enorgueillissons comme d'une de nos plus incontestables gloires nationales.

En ce qui concerne les travaux que vous comptez entreprendre, il me paraît bien superflu d'en souligner le puissant intérêt scientifique et social.

Je me permettrai seulement d'attirer votre attention sur un témoignage concret de l'intérêt avec lequel l'Administration parisienne suit vos recherches et du parti qu'elle en a déjà tiré, je veux parler de la récente création d'un service de prophylaxie mentale à l'asile Sainte-Anne.

Vous savez évidemment de quel principe s'inspire cette institution et qu'il s'agit, en fait, de traiter, en leur épargnant l'internement, des malades qui présentent des prédispositions aux troubles mentaux. Jusqu'alors, en effet, cette catégorie de malades, demi-fous ou candidats à la folie, ne pouvaient trouver d'hôpital où se faire soigner.

C'est cette lacune grave qu'est venue combler la création de ce service, qui comprend un dispensaire avec consultations quotidiennes, des laboratoires, des salles d'observation et de traitement, où tout a été mis en œuvre pour écarter l'idée pénible de l'hôpital par des aménagements de caractère familial et confortable. Les malades y viennent librement, en sortent librement. Ce n'est que dans les cas où des crises dangereuses sont à redouter que l'internement est proposé. Le service permet ainsi de soumettre à l'observation et à un essai thérapeutique préalable des sujets qui, jusqu'alors, se trouvaient voués, sans discrimination, à l'internement d'office. Il est inutile d'indiquer quels progrès un pareil organisme permet d'escompter dans le domaine de la prophylaxie mentale.

Je vous ai cité ce fait, Messieurs, comme un exemple de ce que peut réaliser une collaboration étroite entre une assemblée de savants telle que celle que vous composez aujourd'hui

et l'Administration, quand celle-ci s'inspire des suggestions de celle-là. Car c'est grâce à un vœu émis, avant la guerre, au cours d'un congrès international de psychiatrie, par l'un de vos confrères, M. le Docteur Toulouse, médecin de l'asile Sainte-Anne, que le service de prophylaxie mentale de la Seine a pu être créé, et grâce aussi à l'intelligent accueil que cette idée a reçu du Conseil Général de la Seine.

Je suis donc heureux, Messieurs, de saluer en vous les animateurs d'idées hardies et fécondes qui ne manqueront jamais de trouver un écho dans ces murs. (*Vifs applaudissements.*)

Allocution de M. le Docteur Anglade :

Monsieur le Président,
Monsieur le Secrétaire général,

M. le Président voulait bien rappeler tout à l'heure que c'était à Quimper qu'avait été décidé le Congrès de Paris. C'est certainement vous, Monsieur le Président, qui êtes cause de notre présence à Paris aujourd'hui. C'est à vous que nous devons de tenir notre vingt-neuvième session dans cette ville. Nous avons accepté votre aimable invitation, d'abord parce qu'elle était d'une cordialité charmante. Nous avions, par ailleurs, de multiples raisons pour l'accepter. D'abord le XXIXe Congrès coïncidait avec le centenaire de Charcot — une raison à laquelle, sans doute, M. le Président avait pensé — neurologistes et aliénistes devaient se réunir à la même époque et pour ainsi dire deux fois, puisque le centenaire de Charcot assemblait neurologistes et psychiatres et que le XXIXe Congrès était, lui aussi, un Congrès de neurologie en même temps que de psychiatrie.

Voilà, dis-je, une coïncidence heureuse. Il y avait autre chose encore. Nous sommes, Monsieur le Président, un Congrès voyageur ; nous allons volontiers de l'extrême Sud à l'extrême Nord ; nous passons de Marseille à Quimper, nous nous rendons de Lille à Tunis et, chaque année, nous tenons un Congrès. Mais, de temps en temps, nous éprouvons le besoin de venir faire un tour à Paris. Nous aimons y venir parce que c'est la Ville Lumière, et nous venons y puiser un peu de lumière pour éclairer les consciences obscures sur lesquelles nous nous penchons chaque jour. Nous venons chercher un peu de lumière, nous venons chercher des encou-

ragements et des exemples. A Paris, on trouve toujours des exemples qu'on se réjouit d'avoir suivis.

Vous nous avez dit, tout à l'heure, Monsieur le Secrétaire général, qu'on vient d'organiser à l'asile Sainte-Anne un service de prophylaxie mentale. Nous nous proposons de le visiter très prochainement, convaincus que là encore nous aurons beaucoup à apprendre.

Pour aujourd'hui, nous entendons rester sur le souvenir de votre admirable et chaleureuse réception et je vous remercie, Monsieur le Président et Monsieur le Secrétaire général, du cordial accueil que vous nous avez réservé. Paris n'est jamais indifférent au soulagement des misères humaines ; vous venez de nous en donner la preuve une fois de plus.

Notre séjour dans votre ville et votre magnifique réception sont pour nous un puissant encouragement à faire progresser le plus possible cette partie éminemment française de la Médecine : la neurologie et la psychiatrie. (*Applaudissements prolongés.*)

Discours de M. le Docteur Souques, Secrétaire général du Comité du Centenaire de Charcot :

Monsieur le Président,
Monsieur le Secrétaire général,
Mesdames,
Messieurs,

Je ne m'attendais pas à prendre la parole dans cette enceinte. Pris à l'improviste, je tiens à excuser l'insuffisance de mon langage. Il est vrai qu'il n'est pas nécessaire d'avoir été prévenu pour dire merci.

Voulez-vous me permettre, Monsieur le Président, de rappeler un souvenir ? Il y a quelques mois, les membres du Comité du centenaire de Charcot, sachant qu'en matière d'aide généreuse on trouve toujours la Municipalité parisienne au premier rang, sont venus vous rendre visite et solliciter une subvention pour la célébration de ce centenaire. Vous les avez reçus avec une affabilité séduisante et vous leur avez aimablement promis votre concours.

M. le Président du Conseil général de la Seine leur fit même charmant accueil et même aimable promesse. Et ces promesses ont été tenues avec une générosité qui a dépassé

nos espérances. Je tiens à adresser ici, publiquement, aux deux Présidents, à adresser aux membres du Conseil Municipal et du Conseil Général, avec nos très chaleureux remerciements, l'expression de notre profonde gratitude.

Charcot est une gloire nationale, mais il est aussi une gloire parisienne. Il est né, en effet, cité Trévise. Il a habité Paris pendant toute sa vie : d'abord rue Laffitte, puis avenue du Coq et quai Malaquais ; enfin, boulevard Saint-Germain. Si le sort a voulu qu'il mourût dans une auberge du lac des Settons, au cours d'un voyage en Morvan, je suis sûr que sa pensée mourante s'est reportée vers son cher et vieil hospice de la Salpêtrière. Vos prédécesseurs avaient déjà consacré son génie en donnant son nom à une rue de Paris.

Au nom du Comité du centenaire ; au nom des savants étrangers, accourus d'Europe, d'Amérique et même d'extrême Asie, pour apporter au grand savant français l'admiration de leur pays ; au nom de nos compatriotes venus en si grand nombre s'associer à cet hommage ; enfin, puisqu'ils veulent bien me le permettre, au nom des enfants de Charcot émus et reconnaissants, je vous remercie profondément, Monsieur le Président, des magnifiques et éloquentes paroles que vous venez de prononcer et de la réception délicieuse que vous nous avez réservée dans ce splendide Hôtel de Ville. (*Applaudissements prolongés.*)

Après ces discours, Mlle Jeanne Lécuyer, de l'Opéra, s'est fait entendre au cours d'un concert donné par la Garde républicaine, sous la direction de M. Guillaume Balay.

Le vendredi 29 mai, au Grand Palais, thé offert aux Dames Congressistes par le Commissariat Général de l'Exposition des Arts Décoratifs, et visite de l'Exposition sous la direction d'un architecte délégué et de Mme Hartmann, assistée de dames de la « Bienvenue Française ».

Le samedi 30 mai, dans les salons de l'Hôtel de la Fondation S. de Rothschild, réception offerte par la « Bienvenue Française », en l'honneur du Congrès, avec le concours de Mme Yvonne Astruc, M. Georges Jouatte, Mme Rose Armandie, M. Victor Gille. Ces artistes, au remarquable talent, si justement apprécié, ont été salués d'unanimes applaudissements.

La « Bienvenue Française » a été créée pour favoriser les échanges intellectuels et moraux entre les Nations. Placée sous le Haut Patronage de M. Doumergue, Président de la République.

M. le Maréchal Foch, Maréchal de France et de Grande-Bretagne, est Président du Conseil d'Administration.

Que Mme C. Boas de Jouvenel, Secrétaire générale, Fondatrice de l'Association, dont le dévouement est toujours en éveil pour la propagation de son Œuvre, et si gracieusement inspiratrice de cette brillante réception, veuille bien accepter le respectueux hommage de nos sincères remerciements.

Le dimanche 31 mai, les Congressistes visitèrent l'Etablissement Psychothérapique de Fleury-les-Aubrais, situé aux environs d'Orléans, sur le territoire de la Commune de Semoy.

Cet établissement, de construction récente, œuvre de notre sympathique et distingué collègue le Dr Rayneau, aidé en cela par l'Administration, une Commission de Surveillance et un Conseil général aux idées larges et libérales, comporte les perfectionnements des pratiques modernes d'hospitalisation et de traitement des malades.

C'est un hôpital psychiatrique où sont admis, par placement d'office ou volontaire, les malades relevant de la loi de 1838 ; on y reçoit, en plus, les enfants anormaux, sous le régime de la loi de 1895. Enfin, le « Pavillon des Bruyères » est organisé en Service ouvert réservé à l'assistance des psychopathes, libres de toute formalité d'internement.

Composé de pavillons disséminés, au grand air, en belle lumière, où des perspectives ingénieusement disposées permettent à la vue de s'étendre de tous côtés (car il n'y a pas un seul mur), au milieu du calme de la campagne, à l'orée de la forêt d'Orléans, c'est véritablement l'Asile du repos, du réconfort, de la guérison.

Contraint par la pagination, qui nous est mesurée, nous ne pouvons nous étendre sur la description des Services généraux, sur la disposition des quartiers et des aménagements intérieurs, où le Dr Rayneau a su concilier le confort moderne, l'adaptation aux malades avec le souci de la surveillance et du traitement.

A 1 heure, le déjeuner était servi dans la salle des fêtes, agréablement décorée. Pendant le repas, un excellent orchestre symphonique s'est fait entendre.



Etablissement psychothérapique du Loiret (Fleury-les-Aubrais)

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française (1925)

Au moment des discours, M. le Préfet du Loiret prit le premier la parole :

M. le Préfet souhaite la bienvenue aux membres du Congrès ; il éprouve une grande satisfaction à dire tout le plaisir qu'il éprouve à recevoir les médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, et il adresse plus particulièrement aux membres étrangers des nations amies et alliées son plus cordial, son plus amical salut.

Il aurait voulu pouvoir faire les honneurs de tout le Département, afin de faire constater que le Loiret est doté actuellement d'un puissant armement social, et que le Conseil général a mis tout son orgueil à créer et à développer toutes les institutions et tous les organismes d'hygiène sociale et d'assistance.

Mais il faut se borner à la visite de l'Etablissement Psychothérapique.

Dans la construction et l'aménagement de cet Etablissement, on n'a fait qu'obéir aux suggestions et aux directives du Docteur Rayneau, le distingué Médecin en chef-Directeur. On a aménagé des pavillons séparés, largements ouverts à l'air et à la lumière. On y reçoit les malades par voie de placement d'office ou volontaire, mais encore un pavillon spécial est réservé aux pensionnaires libres.

Après avoir remercié tous les assistants de leur empressement à venir à Fleury, M. Génebrier conclut par un hommage aux dames :

« La femme, dit-il, par sa nature particulièrement sensible, par sa délicatesse, par les mouvements généreux de son cœur, est pour nous une précieuse auxiliaire ; elle sait mieux que nous tendre une main secourable aux misères et aux infortunes. Félicitons-nous de l'avoir avec nous. »

Puis il ajoute :

« Il me reste à remplir une mission très agréable. Je vous ai parlé de notre établissement. Il est un homme qui, je vous l'ai dit, a été l'inspirateur et le pilier de cette entreprise. Nous qui l'avons vu à l'œuvre, nous avons pu apprécier sa compétence et son dévouement ; vous le connaissez bien, c'est le docteur Rayneau.

« Aussi, à l'occasion de cette réunion, j'avais pensé à demander pour lui à M. le Ministre de l'Hygiène la plus haute

récompense qui puisse être décernée : la médaille d'or de l'Assistance. Cette satisfaction m'est accordée, et je suis heureux d'annoncer cette nouvelle à l'Assemblée où il compte tant d'amis et de confrères qui, comme nous, l'apprécient. » Sur ces mots, les convives font une véritable ovation au docteur Rayneau.

Le docteur Anglade, président du Congrès, déclare ensuite que ses confrères et lui ont pu recueillir à Fleury-les-Aubrais des enseignements et des exemples : « Il se produit en ce moment, dit-il, une évolution dans le traitement des maladies mentales. Dans cette évolution, l'établissement du Loiret est très en avance. » Le docteur Anglade explique qu'il est indispensable qu'on puisse recueillir des malades dans les asiles en vertu des lois de 1893 et de 1905 comme de celle de 1838 ; il exprime son admiration au docteur Rayneau et à Mme Rayneau pour leur « œuvre admirable ».

M. Delaitre, Maître des requêtes au Conseil d'Etat, Vice-Président de la Commission de Surveillance des Asiles de la Seine.

« Je tiens à remercier M. le Préfet Génebrier, le Conseil général du Loiret et la Commission administrative de Fleury-les-Aubrais de leur si large hospitalité ; je serai certainement votre interprète à tous en remerciant également notre aimable guide, le sympathique Dr Rayneau, qui nous a fait pénétrer dans les plus secrètes arcanes d'un Etablissement dont il a été le créateur, puis le metteur en œuvre, et qu'il dirige avec tant d'autorité et de compétence. Qu'il reçoive, ainsi que Mme Rayneau, les plus sincères félicitations de tous les membres du Congrès pour la médaille d'or, qui vient de lui être accordée par le Gouvernement de la République, en témoignage de toute une vie consacrée au bien des malades et d'un apostolat couronné du plein succès que nous sommes unanimes à constater aujourd'hui.

Demain, nous visiterons les Services ouverts de Sainte-Anne. Or, après avoir visité votre bel Etablissement, si moderne et si ingénieusement conçu, après avoir admiré la largeur de vues... et de crédits, qui a présidé à sa construction et à sa distribution, je crains fort que la comparaison ne soit guère à l'avantage de notre pauvre Asile Clinique.

Evidemment, la création des Services ouverts ne constitue, pour le Conseil général de la Seine, qu'une sorte d'amorce, le début d'un plan d'ensemble plus grandiose, qui doterait enfin la Capitale d'un Hôpital Psychiatrique moderne et rationnellement conçu. Vous m'excuserez de ne pas insister, la situation financière ne permettant pas actuellement les larges espoirs et les vastes pensées.

Je bois à la santé de M. le Préfet du Loiret, de M. le Député-Maire d'Orléans et de toutes les autorités locales qui nous accueillent si aimablement aujourd'hui.

Je lève également mon verre en l'honneur des dames et des jeunes filles qui, corolles vivantes et parfumées, rivalisent de grâce avec les fleurs, leurs sœurs, si largement épandues autour de cette table, pour en constituer l'ornement, et dont la présence donne à ce banquet quasi-officiel une note inhabituelle de charme et d'intimité. Je n'aurais garde d'oublier Mlle Dupain, la charmante fille de notre Secrétaire général, qui a été la véritable organisatrice de la victoire pour ce Congrès.

Je porte enfin la santé des membres étrangers du Congrès. Il sont trop pour que je puisse les dénommer tous, et il me faudrait faire un véritable tour de la carte d'Europe pour n'en oublier aucun : ils sont trop, dis-je, mais ils ne seront jamais assez pour nous aider à réaliser en commun et en plein accord cette entente et cette solidarité internationales, dont vous parlait jeudi, à l'Hôtel de Ville, mon ami Maurice Quentin, Président du Conseil Municipal de Paris, entente et solidarité, qui peuvent, seules, nous permettre, au lendemain de l'effroyable tourmente de la grande guerre, de maintenir ou de ramener la paix dans les esprits et l'union dans les cœurs !

M. le Président donne lecture de la lettre suivante de M. le docteur Long, Professeur à l'Université de Genève, empêché d'assister à la visite de l'Etablissement de Fleury-les-Aubrais :

Samedi 30 mai.

« Mon cher Président,

« Obligé de repartir dès ce soir, j'ai le grand regret de ne pas assister au Banquet du Congrès. Voulez-vous être notre

interprète auprès de vos collègues pour leur dire combien nous leur sommes reconnaissants d'avoir accepté si cordialement de tenir en Suisse la session de 1926.

« Nous sommes venus nombreux cette semaine au Centenaire de Charcot pour rendre hommage à une des gloires les plus pures de la science française, en assistant à votre Congrès nous rendions le même hommage à ceux qui en France ont fondé et illustré la médecine mentale.

« Quand vous viendrez en Suisse, nous ferons de notre mieux pour que vous vous sentiez encore chez vous, entourés de confrères dont beaucoup ont été les élèves de l'Ecole française.

Soyez assurés à l'avance de la grande joie que nous aurons à collaborer avec vous l'an prochain ».

Dr Long.

Allocution de M. le Professeur Aug. Wimmer, de l'Université de Copenhague, au nom des délégués étrangers :

Mesdames,
Monsieur le Préfet,
Monsieur le Président,
Messieurs,

On m'a prié de vous adresser, au nom des délégués étrangers, quelques paroles de remerciements.

C'est là, pour moi, une tâche très honorable, mais aussi un peu onéreuse. Car vous êtes un peuple très gâté, vous autres Français ! Vous êtes gâtés par les beautés innombrables de votre magnifique pays, par les gloires éternelles de votre histoire,... par vos souffrances aussi, car comme l'a dit si justement Alfred de Musset, rien ne nous rend si grand qu'une grande douleur...

Vous êtes gâtés, aussi, par l'éloquence de votre langue ravissante, qui prête à la beauté de vos pensées sublimes l'expression verbale la plus lumineuse et charmante.

L'étranger, essayant de vous exprimer les sentiments de son cœur, reste toujours un peu aphasique-moteur. Il doit se contenter de vous dire simplement : Merci !

Comme autrefois, on nous a donné, à nous autres étrangers, un acceuil si chaleureux. M. le préfet, dans son allocution si émouvante, nous a rappelé l'usage français de faire faire à l'hôte le bienvenu la visite complète de la maison.

Voilà ce que nous venons de faire pendant ces jours-ci de notre congrès. Et, partout, on nous a manifesté une sympathie profonde et chaleureuse. Vous avez permis à nous autres étrangers de pénétrer dans votre intimité, j'oserai dire dans vos cœurs ! Je vous en remercie ! C'est à regret que nous allons quitter, dans quelques jours, dans quelques semaines, cette belle France, devenue pour nous tous notre seconde patrie. Nous reviendrons avec la conviction ferme d'être toujours les bienvenus de la France.

M. le Dr Rayneau a répondu en ces termes :

« Je suis profondément touché par la distinction qui vient de m'être accordée, la plus haute dont dispose M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales en faveur de ceux qui se sont consacrés aux œuvres d'assistance. J'en éprouve d'autant plus de fierté et de reconnaissance qu'elle vient de m'être remise par-devant mes pairs dans cet établissement auquel j'ai consacré le meilleur de moi-même.

« L'ovation que vous venez de me faire me prouve que vous voulez bien apprécier notre œuvre et c'est ce qui me rend le plus heureux. Je ne sais comment je pourrai m'acquitter de la dette de gratitude que j'ai contractée vis-à-vis du Conseil général, de M. le Préfet et de la Commission de Surveillance en raison de leur constante bienveillance et des marques d'estime qu'ils n'ont cessé de me prodiguer.

« Je ne saurais oublier non plus que si, venant d'un quartier d'hospice, je suis à la tête de cet établissement, dont j'ai en grande partie élaboré les plans intérieurs, c'est grâce aux nombreuses démarches de M. Gallouédec et de notre ami Antheaume dont je partageais les idées en matière d'assistance aux psychopathes. Ils surent obtenir le décret qui m'admettait dans le cadre, à la suite d'un vote imposant de l'immense majorité de mes collègues, auxquels je suis heureux également d'exprimer ici toute ma cordialité. Dans un an, atteint par la limite d'âge, je passerai à un autre le soin de diriger cette maison. Tout ce que je peux faire d'ici là, c'est de redoubler d'activité pour en achever la mise au point et contribuer de toutes mes forces à améliorer la situation des malades.

« Voyez-vous, mes chers Collègues, il faut dans la vie

avoir un idéal, et cet idéal, il a été pour moi, l'amour et la constante préoccupation des malheureux qui m'ont été confiés. C'est cet idéal qui m'a toujours guidé dans ma longue carrière ; c'est lui qui m'a fait entreprendre de nombreux voyages en France et à l'étranger pour m'instruire sur la construction et l'aménagement des asiles ; c'est lui qui m'a fait triompher de bien des difficultés et aidé à surmonter bien des obstacles. Je puis dire que j'en suis largement récompensé aujourd'hui et que le 31 mai 1925 sera pour moi une date inoubliable, dont je conserverai le plus délicieux souvenir.

« Enfin, laissez-moi dire à tous nos confrères étrangers, dont un grand nombre jouissent d'une réputation mondiale, combien nous sommes fiers de leur visite ainsi que de celle de leurs dames qui avec les Françaises constituent la parure de ce banquet.

« Je leur demanderai de vouloir bien signer sur notre livre d'or afin que la trace de leur passage demeure ineffaçable. »

Un train spécial ramena les congressistes à la gare des Aubrais ; les voitures qui leur étaient réservées furent rattachées à l'express de Paris.

Le lundi 1er juin réunion du Congrès à l'Asile Clinique (Sainte-Anne) dans l'amphithéâtre de l'Admission, sous la présidence de M. Anglade. M. Reyrel, Directeur-administratif, souhaite la bienvenue aux membres du Congrès, il expose ensuite la constitution et l'organisation de l'Asile Clinique. Puis le docteur Henri Colin démontra l'importance et donna des explications sur le fonctionnement de son Service, ancien Service de Magnan.

Les congressistes visitèrent ensuite, dans l'Asile Sainte-Anne proprement dit, l'un des quartiers du docteur Sérieux consacré au traitement des malades aigus. De là ils se rendirent au Pavillon de Chirurgie des Asiles de la Seine, dirigé par le docteur Mauclaire, professeur agrégé à la Faculté et membre de l'Académie de Médecine, et aux laboratoires annexés à ce pavillon.

En face le Pavillon de Chirurgie, de l'autre côté d'une pelouse ombragée, se trouve la Clinique Psychiatrique de la

Faculté de Médecine où M. le Professeur Henri Claude donne son enseignement. M. le Professeur fit connaître l'organisation de la Clinique comprenant un Service fermé et un Service ouvert pour la cure libre des psychopathes.

Enfin les Congressistes arrivèrent au Service de Prophylaxie mentale que dirige le docteur Toulouse, assisté de nombreux collaborateurs, le docteur Toulouse étant souffrant, ce fut le docteur Roger Dupouy, le principal collaborateur qui fit visiter le Service.

Un lunch servi dans les jardins vint à point réconforter les congressistes.

Le lundi soir, dans les salons du Palais d'Orsay, décorés de plantes vertes et de fleurs, pavoisés de drapeaux aux couleurs des nations représentées, réception offerte par le Président et les membres du Congrès.

Audition du quatuor Capet, composé de MM. Capet, Hewitt, Benoit, Delobelle. Nous avons entendu du Ravel, du Beethoven, du Debussy. Choix heureux de classique et de moderne. Ces morceaux, d'une exécution parfaite, furent écoutés dans un religieux silence.

Plus tard la jeunesse intrépide rythma des pas cadencés aux accords d'un orchestre harmonieux ; pendant les entr'actes, après un arrêt au buffet, on regardait des fenêtres, évoluer les embarcations illuminées de la fête nautique sur la Seine ; après un dernier tour de danse la réception prit fin au moment où s'éteignaient les fontaines lumineuses de l'Exposition des Arts Décoratifs.

La XXIXe session du Congrès de 1925 était terminée.

TABLE DES MATIÈRES

I. Préliminaires

II

III. Discussion des Rapports

IV. Communications

I. Communications de Psychiatrie

II. Communications de Neurologie

III. Communications relatives à l'Assistance et thérapeutique

IV. Communications de Médecine légale

V

TABLE ALPHABÉTIQUE

Cahors, Imprimerie Coueslant *(personnel intéressé)*. — 31.144